



HAL
open science

Étude de viabilité de la méthode 5A auprès des femmes enceintes fumeuses ayant bénéficié d'un accompagnement 5A-QUIT-N pendant leur grossesse

Adeline Marret-Rousseau, Marie Bernez Dit Vignolle

► To cite this version:

Adeline Marret-Rousseau, Marie Bernez Dit Vignolle. Étude de viabilité de la méthode 5A auprès des femmes enceintes fumeuses ayant bénéficié d'un accompagnement 5A-QUIT-N pendant leur grossesse. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03371499

HAL Id: dumas-03371499

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03371499>

Submitted on 8 Oct 2021

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.

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2021

Thèse n°86A et 86B

THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par MARRET-ROUSSEAU Adeline née le 20/07/1993 à St Priest en Jarez (42)
Et Par BERNEZ DIT VIGNOLLE Marie née le 23/09/1993 à Céret (66)

Le 09 septembre 2021

**Étude de viabilité de la méthode 5A auprès des femmes
enceintes fumeuses ayant bénéficié d'un accompagnement
5A-QUIT-N pendant leur grossesse.**

Sous la direction de : Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membres du jury :

Monsieur le Professeur François ALLA
Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM
Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL
Monsieur le Docteur Christophe JOUHET
Monsieur le Pr Philippe CASTERA
Madame le Docteur Adrianna BURTIN

Président du jury
Rapporteur
Examinateur
Examinateur
Directeur
Codirectrice

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François ALLA, pour nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM, vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger notre travail. Permettez-nous de vous témoigner notre reconnaissance et notre gratitude.

A Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL, vous avez accepté de participer à notre jury de thèse. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Christophe JOUHET, veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre gratitude pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, directeur de thèse pour son aide, sa réactivité, sa disponibilité et ses précieux conseils.

A Madame le Docteur Adrianna BURTIN, co-directrice de thèse pour son accompagnement, son soutien, sa disponibilité et pour tous ses conseils.

A Julien POUBLAN, Rebecca RATEL, Margaux FONTAN et toute l'équipe de recherche et d'évaluation Université/SSMIP du CHU de Bordeaux. Merci pour votre accompagnement et votre aide tout au long de notre travail.

Merci à Madame Marie-Claude ROUGIER, cadre de la maternité d'Arcachon, de nous avoir aidé à recruter les patientes et pour le recueil des coordonnées.

Merci à toutes les patientes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire.

REMERCIEMENTS INDIVIDUELS

A mes proches,

A ma famille, mes parents, mon frère et ma sœur, ma marraine parisienne, ma belle-famille, merci de m'avoir soutenu durant ces longues années d'études. Merci d'avoir cru en moi et de continuer à m'entourer et m'encourager. Merci pour tout ce que vous m'apportez. Merci de votre soutien et de votre affection.

A tous mes ami(e)s,

A ma deuxième famille, les Braves bien sûr, Maj, Mahman, Nanar, Rambo, Maggy, Rocky, Dédé, Beber, Tatie, Kaka, Xaki, Paul, Lisa, Svenn, Marie, Lucie, Benoit, Olivia ... merci pour toutes ces années d'amitié, de bonheur, de soirées, de vacances, de randonnées, de partage, de cueillette de champignons, de discussions, tous ces moments qui nous ont fait grandir ensemble.

A mes amis fidèles de l'externat à Montpellier : Jack, Nadia, Sarah, Méli, Chab, Lucas, Loïc, Fabien, Yaman, Guillaume, Alric, Simon, Séb, Gabrielle, Lucie, Bébé, Anne. On se connaît depuis la P2 pour beaucoup, on a grandi ensemble à travers toutes ces longues années de médecine qui nous ont soudé.

A la team des urgences de Pellegrin en premier semestre à Bordeaux sans qui mon internat n'aurait pas aussi bien débuté.

A Maxime, Juline, Sophia, Pierre, Camille, Perrine, Anne-Laure, Emilie pour ces semestres de colocations et ces bons moments passés ensemble durant l'internat.

A Gabriel, merci d'avoir été à mes côtés durant ces trois années d'internat, pour ton précieux soutien, pour tous les beaux moments passés ensemble et ceux à venir dans les Pyrénées Orientales.

A tous mes co-internes,

A tous mes maîtres de stages et notamment aux Dr Mrugalski, Dr Sirvent, Dr Ancel, Dr Benichou, Dr Dumoulin, Dr Lamazou et Dr Cantin.

A toi Adeline, merci d'avoir partagé cette thèse avec moi. Merci de m'avoir accompagnée dans ce projet, merci pour ta patience, ta persévérance et ton efficacité.

A mes proches,

A mes parents, merci de m'avoir soutenue toutes ces années, merci à toi mon Papaaa de m'avoir écouté pendant des soirées entières pour me faire persévérer dans cette voie, d'être fier de moi et merci à toi Maman de m'entourer et m'encourager depuis le début de cette aventure.

A mes frères et sœurs, à ma Zouzou pour ton écoute, ton soutien sans faille et tes séances de sport pour toujours arriver à l'objectif, à ma Nonotte merci d'être toujours là pour moi, merci pour toutes ces soirées danses et fou-rires dans notre coloc, à mon Titi qui a su faire naître en moi cette vocation dès tes premières heures et qui me comble de bonheur chaque jour.

A mon grand-père et à ma grand-mère qui ont toujours été fiers d'avoir une petite-fille, leur « petit chaton » en médecine. Merci Mamie pour les heures passées au téléphone sur mes retours de garde.

A mes cousins, mes cousines, mes oncles et tantes, à Janine, à ma filleule, à toute ma famille, merci de votre affection et de votre soutien. Merci pour tout ce que vous m'apportez.

A ma marraine qui m'a aidée, guidée et m'a toujours soutenue. Je te remercie du fond du cœur.

A mes beaux-parents Sophie et Bruno, ainsi que toute ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie chaleureusement.

A mes témoins,

A Math pour ce soutien à tout épreuve depuis toutes ces années et cette fierté dans tes yeux quand on parlait médecine. Merci d'avoir toujours été là pour moi. Je te remercie également pour ton aide précieuse pour l'anglais.

A Pauline « mon p'tit Chou » d'être toujours présente malgré la distance, qui je l'espère ne sera bientôt qu'un mauvais souvenir. Je te souhaite de beaux projets sur Bordeaux.

A Sophie « mon Amoureuse » pour nos soirées « Tir a Cul », nos restos et nos fou-rires. Mais surtout merci d'avoir été à mes côtés pour notre merveilleux voyage post ECN à l'autre bout de la terre.

A toi Emy pour avoir partagé avec moi toutes ces années de la maternelle à aujourd'hui. Que de souvenirs et que de beaux moments partagés depuis tout ce temps ! On l'avait dit on serait « docteur » ensemble, c'est chose fait maintenant. Merci pour ton écoute et ta présence à mes côtés depuis toutes ces années.

A mes ami(e)s,

A Mél « ma poule » qui m'a supportée pendant mes 6 derniers mois de l'internat, mais quelle coloc ! Merci pour tous les bons moments que l'on a partagés et à nos soirées à la Ferme !

A Jojo et Jerem, de la Palmyre à Libourne, nos destins sont restés liés. Merci pour votre aide pendant ces 3 années d'internat.

A Amélie, Maxime, Louis, Mathilde, Loubar, Quentin, Oscar pour tous ces moments de détente et de rire à Lacanau, Chamonix et bien sûr Saint Mihiel.

A la team « Voiturette de Libourne » Maxime et Thomas, merci pour votre soutien durant ce semestre difficile et merci pour tous les moments que l'on a partagé depuis. A Margaux, pour tous les bons moments à Nouvelle et nos balades sur le bassin.

A Fanny pour toutes ces heures passées au téléphone à refaire le monde pour penser à autre chose que médecine. Merci pour ton soutien et ta présence.

A tous mes amis Maïté, Antoine, Francky, Gaëtan, Maxime, Fred et Jean-Yves, Véro et Philippe, tellement fière de vous avoir à mes côtés.

A toutes mes co internes de gynéco : Annabelle, Alice, Chloé, Laura et Audrey pour ces 7 mois à Libourne à rigoler et à refaire le monde sur notre canapé rouge ou au soleil à l'internat.

Aux équipes médicales et paramédicales de Libourne, de Mont de Marsan et des urgences de Pellegrin avec qui j'ai eu la chance de travailler et qui m'ont tellement apporté sur le plan professionnel et humain.

A tous mes maîtres de stages et notamment au Dr Vaissière, Dr Nicolas, Dr Arrive, Dr Siraz, Dr Pladys et à Dr Estaque.

A toi Marie de m'avoir accompagnée dans ce projet de thèse. Merci pour ton écoute, ton efficacité et ta persévérance.

Et bien sûr à mon mari Guillaume, mon chouchou qui m'a accompagné pendant toutes ces années de médecine, merci de m'avoir fait grandir à tes côtés. Tu as toujours été là pour me soutenir, me « rebooster », me faire rire. Merci pour tous les beaux moments que l'on a partagé et ce n'est que le début. De beaux projets nous attendent. Je t'aime !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
REMERCIEMENTS INDIVIDUELS	3
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	10
LISTE DES SIGLES UTILISES	11
INTRODUCTION.....	12
1. CONSTAT ÉPIDÉMIOLOGIQUE.....	12
2. RISQUES DU TABAC SUR LA GROSSESSE	13
3. ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE, POLITIQUES MISES EN PLACE	14
4. LA GROSSESSE, UN TEACHABLE MOMENT	16
5. INTERVENTIONS DÉJÀ MISES EN PLACE	16
5.1. Interventions médicamenteuses	16
5.2. Interventions financières	17
5.3. Interventions psycho-sociales, exemple de la méthode 5A.....	18
6. LES DÉTERMINANTS DE L'ARRÊT DU TABAC	21
6.1. Les freins	21
6.2. Les leviers	22
7. PROJET 5A-QUIT-N	23
8. NOTION DE VIABILITÉ	26
9. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	27
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	28
1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	28
2. CHOIX DE LA METHODE	28
3. POPULATION ÉTUDIÉE	29
4. MODALITÉS DE RECRUTEMENT DES FEMMES	29
5. GUIDE D'ENTRETIEN	30
6. RÉALISATION DES ENTRETIENS	31
7. RECUEIL DES DONNÉES.....	32
8. RETRANSCRIPTION	33
9. MESURES ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES.....	33
10. MÉTHODE D'ANALYSE.....	33

RÉSULTATS	35
1. CARACTÉRISTIQUES DES ENTRETIENS ET DES PATIENTES.....	35
2. RÉSULTATS DE CHAQUE DOMAINE DE VIABILITÉ	37
2.1. Accessible	37
2.2. Adapté.....	44
2.3. Évaluable.....	50
2.4. Utile	52
2.5. Faisable	58
DISCUSSION	71
1. LES FORCES DE L'ÉTUDE	71
1.1. Choix d'une méthode qualitative.....	71
1.2. Triangulations	71
1.3. Saturation des données	72
2. LES LIMITES DE L'ÉTUDE	72
2.1. Limites liées à la méthode	72
2.2. Limites sur la méthode d'évaluation.....	74
2.3. Limites liées aux enquêtrices	74
3. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	75
3.1. Facteurs associés à la réussite.....	75
3.2. Freins identifiés	81
CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE.....	89
ANNEXES	96
1. QUESTIONNAIRE DE RECRUTEMENT A LA MATERNITÉ D'ARCACHON.....	96
2. GUIDE D'ENTRETIEN	97
3. ARBRE THÉMATIQUE	98
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	102
RÉSUMÉ	103

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Prévalence du tabagisme en France de 1974 à 2018	12
Figure 2 : Organisation de l'intervention 5A-QUIT-N.....	24
Figure 3 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des patientes	35
Figure 4 : Tableau récapitulatif des entretiens	36

LISTE DES SIGLES UTILISES

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé

ARS : Agence Régionale de la Santé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CO : monoxyde de carbone

COREADD : Coordination Régionale Addictions

CRAG : Centre Ressources Addictions et Grossesse

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

GEU : grossesse extra-utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HbCO : carboxyhémoglobine

IC : Intervalle de Confiance

INCa : Institut National du Cancer

IRESP : Institut de Recherche en Santé Publique

ISPED : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement

LAST : Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Obs Ratio

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabac

PNRT : Programme National de Réduction du Tabagisme

PREPS : Programme de recherche sur la performance du système de soins

RCIU : retard de croissance intra-utérin

RPNA : Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine

RR : Risque Relatif

SA : semaines d'aménorrhée

SSMIP : Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TSN : Thérapies de Substitution Nicotinique

USPSTF : US Preventive Services Task Force

INTRODUCTION

1. CONSTAT ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le tabac entraîne 3 millions de morts par an et est la principale cause de mort évitable. En France, elle est responsable d'environ 75 000 décès prématurés chaque année. Les femmes sont moins nombreuses que les hommes à fumer. En effet, selon Santé Publique France, 28 % des hommes contre 23% des femmes des 18-75 ans fument régulièrement en 2018 (1). Depuis plusieurs années, le tabagisme des femmes diminue peu, contrairement à celui des hommes (figure 1) :

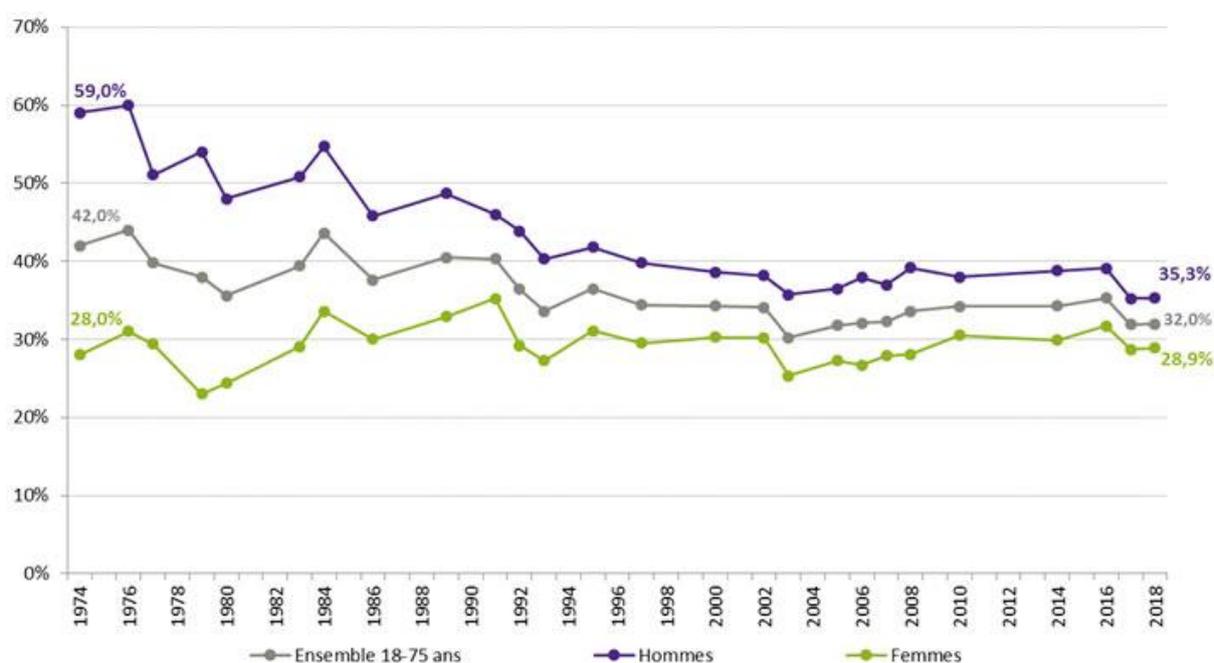


Figure 1 : Prévalence du tabagisme en France de 1974 à 2018

Source : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

Concernant le tabagisme pendant la grossesse, la prévalence est élevée et il n'y a pas eu d'amélioration notable depuis 2010 (2). Selon le constat du rapport Périnatalité de 2016, 30% des femmes françaises déclaraient fumer avant leur grossesse et 16,6 % fumaient au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de leur grossesse (3). La France fait partie des taux les plus élevés de toute l'Europe. Les taux varient de 5% dans les pays où les taux sont les plus faibles à 19% en Ecosse (4).

En Nouvelle Aquitaine, le taux des femmes fumeuses au troisième trimestre s'élève même à 22,9% ce qui en fait, une des régions françaises les plus affectées (5).

La grossesse est pourtant un moment privilégié pour inciter les femmes à arrêter de fumer. En effet, 90,7% des femmes ont modifié leur consommation de tabac pendant la grossesse et 45,8% sont parvenus à arrêter complètement la consommation de tabac (5). Donc la moitié de celles qui sont dans une démarche de changement de leur usage n'arrivent pas à arrêter ou se contentent de diminuer par choix. Pourtant, le tabagisme gravidique est un enjeu majeur de santé publique car il correspond à la première cause évitable des complications pendant la grossesse.

La fumée de cigarette contient de nombreux composés toxiques dont la nicotine et le monoxyde de carbone (CO). L'hémoglobine fœtale a une liaison avec le monoxyde de carbone plus stable que l'hémoglobine maternelle ce qui entraîne une exposition deux fois plus élevée du fœtus au monoxyde de carbone. Le tabagisme pendant la grossesse entraîne donc une hypoxie prolongée et profonde, qui est à l'origine de nombreuses complications.

2. RISQUES DU TABAC SUR LA GROSSESSE

Le tabagisme au cours de la grossesse est une des causes les plus importantes de mortalité à la naissance avec l'âge maternel supérieur à 35 ans, la primiparité et l'obésité. Le tabagisme maternel pourrait contribuer à 20% de cette mortalité chez les femmes les plus défavorisées.

Le tabagisme est associé de manière statistiquement significative à une augmentation du risque de grossesse extra-utérine (GEU) : environ 35 % des GEU seraient attribuables au tabac ainsi qu'à une augmentation du risque d'avortement spontané (7).

À travers plusieurs études, il a été mis en évidence une relation statistiquement significative entre tabagisme et prématurité (7). Le risque de prématurité, c'est-à-dire de naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) serait multiplié par deux par rapport à la population générale, et le risque de grande prématurité (< 33 SA) par trois (8). Le tabagisme maternel est un des seuls facteurs de risque modifiables de la prématurité. Cette prématurité s'explique principalement par l'augmentation d'accidents gravidiques au troisième trimestre comme les hématomes rétro placentaires, les placentas bas insérés et la rupture des membranes (9).

Le tabagisme multiplie par 2 voire 3 le risque d'hématome rétro placentaire. Ce risque est d'autant plus important que le taux sérique de carboxyhémoglobine (HbCO) est élevé et il augmente après 35 ans et chez la multipare. La survenue d'hématome rétro placentaire lié au tabac est due aux effets néfastes sur la vascularisation du placenta en particulier par la vasoconstriction des vaisseaux et par l'augmentation de la fragilité capillaire (10).

Le tabac est également un facteur de risque de retard de croissance intra-utérin (RCIU). C'est le risque majeur lié au tabac pendant la grossesse. Le déficit pondéral est en moyenne de 200 grammes. Le déficit est plus important chez les femmes de plus de 35 ans (en moyenne 301 g) par rapport aux femmes de moins de 35 ans (134g) (11). Il s'agit d'un RCIU harmonieux (poids, taille, périmètre crânien inférieurs au dixième percentile) portant davantage sur la masse musculaire (12). L'incidence du RCIU est de 17,7 % si la femme fume pendant toute la grossesse. Il a été démontré que le poids du nouveau-né est dose dépendant par rapport au CO expiré maternel (13). En effet, selon une étude multicentrique prospective réalisée entre 2004 et 2006 pour évaluer les effets du tabagisme par la mesure du monoxyde de carbone expiré, on observe une diminution moyenne de 550 grammes en moins chez les nouveaux nés de mères ayant un taux de CO expiré compris entre 11 et 20 ppm (soit 15% de moins sur leur poids de naissance) par rapport aux femmes ayant un taux normal de CO expiré (compris entre 0 et 5 ppm). Cette diminution est encore plus importante chez les femmes ayant un taux de CO expiré > 20 ppm (14).

De plus, il est associé à un excès de morts fœtales au cours du troisième trimestre. Ces morts in utero sont principalement liées aux RCIU et aux complications placentaires (6).

Ces risques sanitaires ont des conséquences dramatiques sur la morbidité et mortalité infantile (15).

Il existe aussi des risques psychosociaux. En effet, le tabac pendant la grossesse est un marqueur de vulnérabilité. On observe une association plus fréquente du tabagisme avec les troubles psychiatriques, d'autres addictions, les difficultés sociales, les violences, plusieurs éléments qui vont impacter le déroulement de la grossesse.

Une étude réalisée en 2016 montre que les femmes multipares ou ayant un niveau d'études ou de revenus faibles avaient un risque plus élevé de réduire leur consommation que d'arrêter de fumer au cours de la grossesse (5).

Ces différents risques impliquent donc de prendre en compte non seulement le tabagisme actif de la femme, mais également son tabagisme passif lié à celui de son compagnon ou de son entourage ou de son milieu professionnel, avant, pendant et après la grossesse.

3. ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE, POLITIQUES MISES EN PLACE

En France, depuis plusieurs années, les pouvoirs publics ainsi que les organismes de santé sont mobilisés. De nombreuses actions ont été mises en place. Par exemple, la Haute Autorité de Santé (HAS) se basant sur la conférence de consensus « Grossesse et Tabac » d'octobre 2004, recommande de soutenir et aider les femmes dès que possible. Elle préconise de

donner des conseils aux femmes enceintes dès les premières consultations et de les informer sur la possibilité des traitements nicotiques pendant la grossesse. Elle rappelle également les conséquences du tabac sur celle-ci (16) (17).

En 2014, Santé Publique France a lancé une campagne intitulé « Grossesse sans tabac » avec la mise en place d'un onglet « grossesse sans tabac » sur une plateforme internet (Tabac Info Service) où l'on retrouve des informations et des solutions existantes pour arrêter de fumer (18). Une brochure a également été mise en place par Santé publique France en 2016 pour sensibiliser les femmes enceintes à cesser de fumer (19). L'Assurance Maladie joue également un rôle important en fournissant des conseils aux femmes enceintes dès le début de grossesse avec notamment un suivi personnalisé adapté à leur demande (20).

Dans le cadre du Plan Cancer (2014-2019), un Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) a été mis en place en 2014 suivi du Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT) en mai 2018. Ce programme vise particulièrement les femmes enceintes notamment dans 3 actions sur les 28 actions proposées dans le programme. En effet, une action vise notamment à informer de manière adaptée les femmes, aux différents âges de la vie, sur les risques liés au tabac. On retrouve également dans ce programme un axe pour intensifier les actions pour mieux prévenir et repérer la consommation du tabac pendant la grossesse et pour protéger les jeunes enfants. Il est proposé d'inclure dans le suivi de grossesse des informations sur le tabac, l'alcool et le cannabis mais aussi de mettre à disposition des auto questionnaires concernant leur consommation afin de faciliter la communication avec les professionnels (21).

En Nouvelle Aquitaine, de façon plus récente (2016), de nombreuses actions envers les professionnels de périnatalité et de l'addictologie sont développées par le Centre Ressources Addictions et Grossesse (CRAG) porté par la Coordination Régionale Addictions (COREADD) et en partenariat avec le Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine (RPNA).

Il existe donc de nombreuses actions mises en place en France pour accompagner les femmes enceintes à arrêter de fumer. Les résultats sont encore insuffisants et il y a donc un intérêt à réfléchir à une nouvelle organisation, susceptible de rendre tous ces efforts plus contributifs.

4. LA GROSSESSE, UN TEACHABLE MOMENT

Les données montrent que si les professionnels de santé portent une certaine attention au tabagisme pendant la grossesse, près de 20 % des femmes rapportent ne pas avoir été interrogées sur leur consommation de tabac durant la grossesse. Ils sont peu nombreux à donner des conseils aux fumeuses pour l'arrêt du tabac ; en effet, seulement 46,3 % des femmes ayant fumé à un moment quelconque de leur grossesse disent avoir reçu des conseils sur l'arrêt du tabac (22). Des progrès restent à faire aussi bien sur le repérage que sur les interventions qui doivent en découler. Pourtant, la grossesse est un « teachable moment » pour l'arrêt du tabac.

En effet, un article paru dans Health Education Research en 2003 met en évidence le fait qu'il existe des moments clés pour l'arrêt du tabac tels qu'une hospitalisation, un diagnostic de maladie, un résultat d'examen anormal, et la grossesse en fait partie. La grossesse a été qualifiée de « teachable moment » en raison de la forte motivation des mères à protéger le bien-être du fœtus et de la forte pression sociale pour éviter de fumer pendant la grossesse (23). Cette proposition interroge, comme s'il fallait un prétexte pour aborder la question de l'arrêt. Attendre un problème, une maladie ou la grossesse pour parler de l'arrêt du tabac, premier facteur de morbi-mortalité en France, illustre déjà les freins qui s'opposent à la démarche. Toutefois, l'avantage de la grossesse est généralement sa relative précocité dans la trajectoire de vie de la fumeuse, souvent avant les premières complications du tabagisme.

On comprend tout l'enjeu et toute l'importance en matière de santé publique, de diminuer le tabagisme des femmes enceintes. Pour cela, il existe différents types d'interventions à proposer aux femmes enceintes et aux professionnels de santé. Des études se sont intéressées à l'efficacité de ces interventions.

5. INTERVENTIONS DÉJÀ MISES EN PLACE

5.1. Interventions médicamenteuses

Dans la population générale, les Thérapies de Substitution Nicotinique (TSN), le bupropion et la varénicline sont les trois pharmacothérapies fondées sur des preuves utilisées pour arrêter de fumer. Dans une méta-analyse comprenant sept études impliquant 1386 participants, il a été constaté que la pharmacothérapie est environ deux fois plus efficace

(Risque Relatif (RR) 1,80 ; Intervalle de Confiance (IC) à 95% 1,32–2,44) que les soins habituels pour le sevrage tabagique chez les femmes enceintes (24).

De même, une revue de littérature de Cochrane (25) reprenant six études qui comparent l'arrêt du tabac entre un groupe de femmes enceintes traitées par TSN et un groupe contrôle, met en évidence que chez la femme enceinte, l'utilisation de nicotine (gomme, timbre transdermique, vaporisateur nasal, inhalateur et comprimés sublinguaux /pastilles) est systématiquement plus efficace que la prise en charge habituelle.

Parmi toutes les pharmacothérapies de désaccoutumance au tabac, les TSN ont été testées le plus largement chez les femmes enceintes fumeuses. Les résultats sur l'amélioration des taux d'arrêt du tabac en fonction de l'utilisation des TSN pendant la grossesse sont discordants selon les études.

Concernant le bupropion et la varénicline, il n'y a pas de preuves pour tirer une conclusion les concernant. Coleman et al. dans leur revue mettent en évidence que le bupropion n'est pas considéré comme une aide efficace à l'arrêt du tabac pour les femmes enceintes (26). Concernant la varénicline, son utilisation n'est pas recommandée pour une utilisation pendant la grossesse.

5.2. Interventions financières

Les incitations financières sont très efficaces, qu'elles soient réalisées seules ou en association avec des thérapies comportementales et notamment chez les femmes à faible revenu. Un essai contrôlé randomisé a été réalisé sur 1014 participantes pour évaluer l'efficacité des incitations financières pour augmenter l'arrêt du tabac chez la femme enceinte et notamment améliorer l'abstinence à 6 mois. Les 2 groupes ont reçu des conseils sur l'arrêt du tabac et le groupe d'incitation était payé à chaque consultation ainsi que pour l'abstinence. On observe une différence statistiquement significative entre les 2 groupes à 6 mois après la naissance. En effet, le taux d'abstinence est de 14,7% dans le groupe avec les incitations financières contre 9,2% dans le groupe contrôle (27).

La méta-analyse de huit études menées entre 2012 et 2015 aux États-Unis et au Royaume-Uni chez des fumeuses enceintes a fourni un Odds Ratio (OR) de 3,60 (IC à 95% 2,39 à 5,43) favorisant les incitations financières par rapport aux conditions de contrôle pour augmenter les taux d'abstinence tabagique avant et après l'accouchement (28).

Une étude a également été menée au Royaume-Uni entre 2012 et 2013 pour évaluer l'efficacité d'un incitatif financier pour aider les femmes enceintes à cesser de fumer. 612 femmes de plus de 16 ans, enceintes depuis moins de 24 semaines d'aménorrhée ont été

randomisées entre le groupe contrôle et le groupe incitation. Le groupe incitation a reçu des conseils ainsi que des incitations financières en bons d'achat jusqu'à 400 £. Le principal critère de jugement était l'abstinence aux semaines 34 et 38 de grossesse, vérifiée par la salive ou la cotinine urinaire. Il a été mis en évidence que 22,5 % des femmes ont arrêté de fumer dans le groupe intervention (contre 8,6 % dans le groupe contrôle) (29).

Cependant, si ces études montrent l'efficacité des incitations financières pour accroître l'arrêt de l'usage du tabac chez les femmes enceintes, celles-ci ne sont pas toujours bien acceptées dans la population générale. De telles interventions pourraient être financées par les pouvoirs publics, il faut donc une acceptabilité publique importante. Une étude est en cours en France pour évaluer l'efficacité des incitations financières sur le taux d'abstinence. C'est une étude en simple aveugle, randomisée, réalisée dans 16 maternités de toute la France (30).

5.3. Interventions psycho-sociales, exemple de la méthode 5A

Chamberlain et al., dans leur revue Cochrane 2017 qui comprenait 102 essais, ont évalué des interventions telles que le « counselling », l'éducation à la santé, le « feedback », les incitations à l'arrêt, le soutien social, l'exercice physique.

Des preuves de qualité de cette revue suggèrent que le « counseling » (c'est-à-dire le suivi psychologique, les conseils, le soutien et l'orientation) augmente l'arrêt du tabac en fin de grossesse par rapport aux soins habituels (RR 1,44, IC à 95% 1,19 à 1,73), cependant, il n'est pas clair si celui-ci prévient la rechute.

Le « feedback » (informations sur l'état de santé du fœtus ou mesure des sous-produits du tabagisme pour la mère, par exemple, surveillance du monoxyde de carbone, surveillance échographique du fœtus) s'est avéré très efficace lorsqu'il était fait en conjonction avec le « counselling » (RR 4,39, 95% CI 1,89 à 10,21) mais moins avec d'autres types d'intervention (31).

Il a été démontré que deux techniques de conseil ont des effets positifs sur l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes : la Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC) et le Motivational Interviewing (Entretien Motivationnel).

La TCC qui s'intègre dans le « counselling » est fondée sur l'hypothèse selon laquelle les personnes souffrant de troubles dans le fonctionnement de leurs pensées et émotions sont plus susceptibles de devenir fumeuses et de continuer à l'être. La TCC vise à les aider à traiter leurs troubles d'une manière plus positive en les décomposant en parties plus petites.

Les aspects qui ont démontré leur efficacité sur les femmes enceintes fumeuses sont (31) :

- Développer un sentiment d'autocontrôle, de maîtrise de soi, d'autodiscipline.
- Identifier des stratégies pour gérer les envies de fumer quand elles surviennent.
- Gérer les situations de stress et d'anxiété.
- Fournir un soutien social et renforcer l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle.
- Définir des objectifs et planification des actions.

L'Entretien Motivationnel est une technique qui vise à renforcer la motivation personnelle et l'engagement à un objectif spécifique en explorant chez le patient ses propres raisons de changement dans une atmosphère d'empathie. Cette technique a prouvé son efficacité dans l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes (32).

Ce qui manque à l'heure actuelle c'est le développement de programmes spécifiques pour la formation des professionnels de santé en périnatalité (infirmières puéricultrices, sages-femmes) à l'Entretien Motivationnel.

Les interventions psychosociales semblent être efficaces pour réduire le tabagisme pendant la grossesse ou la proportion de nourrissons nés de faible poids à la naissance. Ce qui n'est pas clair pour le moment, c'est quelles interventions sont efficaces, « comment » ces interventions fonctionnent, « pour qui » et « comment » ces interventions doivent-elles être mises en œuvre, diffusées et institutionnalisées.

Des études sont nécessaires pour affiner les interventions afin de répondre aux besoins spécifiques des sous-populations. Des recherches supplémentaires sont donc nécessaires pour élaborer des stratégies adaptées.

Parmi les interventions psychosociales disponibles, la méthode des 5A est une méthode de repérage du tabagisme, d'encouragement à l'arrêt et au maintien de l'abstinence, adaptée au degré de motivation de la personne. La méthode des 5A comporte cinq étapes et a été conçue pour aider les fumeurs à arrêter de fumer et les accompagner dans leur démarche. Cette méthode est recommandée aux États-Unis par l'US Preventive Services Task Force (USPSTF) (33).

Elle est fondée sur un conseil professionnel destiné à modifier le comportement selon le modèle des 5A :

- Ask (poser des questions, demander le statut tabagique)
- Advise (conseiller, informer de l'intérêt à l'arrêt)
- Assess (évaluer la motivation du patient)
- Assist (aider, soutenir, proposer une stratégie de sevrage)
- Arrange (organiser le sevrage)

Cette méthode est préconisée dans de nombreux pays pour diminuer le tabagisme. Elle est décrite et détaillée dans les recommandations américaines de 2008. Les recommandations néo-zélandaises, australiennes, canadiennes et américaines l'intègrent également.

Une étude grecque parue en 2019 sur l'arrêt du tabac pendant la grossesse met en évidence l'utilité de l'approche des 5A et la recommande dans le dépistage et le traitement du tabagisme chez les femmes enceintes (34).

La méthode des 5A est également préconisée en 2004 par la conférence de consensus « Grossesse et tabac » de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) (6). Elle est donc validée scientifiquement et offre l'avantage de clarifier les principales étapes de l'accompagnement à l'arrêt du tabac. Elle offre une ossature simple permettant de guider la pratique des professionnels.

En France, la méthode des 5A n'est pas utilisée dans la pratique courante, même si elle figure parmi les annexes de la Recommandation de Bonne Pratique de la HAS « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » (16).

Par exemple, les questions de repérage et d'évaluation, notamment de la motivation, sont peu utilisées en pratique courante (35). En effet, dans la pratique addictologique en soins primaires, on préfère évoquer l'évaluation globale de la situation, ce que nous verrons par la suite.

Le système motivationnel est très instable et peut évoluer d'une minute à l'autre, en fonction de nombreux facteurs dont l'interaction avec l'intervenant.

En outre, la HAS a publié en février 2021 un outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève afin d'aider les professionnels de premier recours dans leur pratique courante à :

- Evaluer de façon précoce chez les adultes la consommation des 3 substances psychoactives les plus utilisées (alcool, tabac, cannabis) et d'en évaluer le risque,
- Proposer une intervention brève chez les consommateurs à risque,
- Assurer un accompagnement de manière durable afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de ces consommations.

Cet outil rejoint la méthode 5A (36).

6. LES DÉTERMINANTS DE L'ARRÊT DU TABAC

Les femmes enceintes fumeuses sont confrontées à de nombreux obstacles pour le sevrage tabagique mais il existe également de nombreux leviers. Ces leviers peuvent être des pistes de travail afin d'améliorer le sevrage tabagique des femmes enceintes.

6.1. Les freins

Le frein se définit comme un obstacle au sevrage tabagique. Il est important de connaître les différents freins afin d'en tenir compte pour aider de manière optimale les femmes enceintes à arrêter de fumer.

Les professionnels de santé jouent un rôle important dans le sevrage. Cependant, dans de nombreuses études, le manque de conseils des professionnels ou une approche trop superficielle est mis en avant par les femmes (37). On retrouve même 20% des femmes qui rapportent ne pas avoir été interrogées sur leur statut tabagique pendant leur grossesse.

Du point de vue des professionnels de santé, plusieurs études se sont intéressées aux obstacles rencontrés par ceux-ci pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer. Il en ressort principalement un manque de connaissances et de formations sur le sevrage tabagique des femmes enceintes (38) mais également des contraintes de temps, la crainte de culpabiliser la femme ainsi que la peur de nuire à la relation patient/ praticien en abordant le thème de l'arrêt du tabac (39). Cette peur d'être intrusif est sans doute le fait de ne pas identifier l'addiction au tabac comme une maladie comme une autre, mais comme un comportement dépendant de la volonté. Ainsi, selon cette représentation, aborder la question du tabac serait jugeant vis-à-vis d'une personne « ayant choisi ce comportement et conservant la liberté d'y renoncer...ou pas ».

La grossesse entraîne un changement biologique et hormonal qui peut rendre encore plus difficile l'arrêt du tabac. À travers une étude réalisée au Royaume-Uni en 2015, il a été mis en évidence une augmentation du métabolisme de la nicotine pendant la grossesse et donc une augmentation des symptômes de sevrage (40).

La prise de poids liée à l'arrêt du tabac est également un frein pour les femmes enceintes (41).

Un niveau socio-économique défavorable est également un frein à l'arrêt du tabac. Plusieurs explications sont mises en évidence à travers notamment l'étude de Bouchet et al. 2016 comme le manque de service de garde d'enfants, le manque de moyens de transport pouvant empêcher de se rendre aux différents rendez-vous de suivi et de prise en charge pour le

sevrage tabagique (42). Si la grossesse est un événement heureux pour la plupart des femmes, c'est aussi un fardeau. Il faut continuer à s'occuper des autres enfants, poursuivre son travail, consulter des professionnels de santé, en ayant des troubles divers, en prenant du poids, en étant fatiguée et soumise à une multitude de restrictions. Arrêter de fumer constitue donc une contrainte supplémentaire, au même titre qu'arrêter l'alcool, par exemple.

6.2. Les leviers

Dans la littérature, on retrouve plusieurs leviers qui ont été identifiés pour faciliter l'arrêt du tabac chez la femme enceinte.

Le soutien de l'entourage et particulièrement de son conjoint est important, il peut aider à augmenter la capacité d'une femme à arrêter de fumer (43). Un partenaire qui ne fume pas et qui encourage la femme enceinte vers un sevrage est une motivation pour les femmes. En revanche, les femmes enceintes avec des partenaires fumeurs ont plus de difficultés pour arrêter de fumer et sont plus à risque de rechute notamment pendant la période postnatale (34). Dans l'entourage, il ne faut pas oublier les collègues de travail et les amis, qui peuvent également être un soutien notable.

L'allaitement maternel semble avoir, dans plusieurs études (44), un effet protecteur sur le maintien de l'abandon du tabac après l'accouchement.

Plusieurs études et notamment l'étude de Wen et al. mettent en évidence que la connaissance des risques pour le fœtus et le bébé encourage les femmes enceintes à cesser de fumer (45). Dans une étude réalisée notamment en Argentine et en Uruguay, il a été 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 (46).

Les professionnels de santé ont aussi un rôle important à jouer dans l'arrêt du tabac. En effet, une relation de confiance entre le patient et le professionnel accompagné d'informations claires et adaptées avec un suivi régulier est un levier pour les femmes et elles sont plus susceptibles de cesser de fumer. Une étude de Passey et al, réalisée en 2014 en Australie évalue plusieurs stratégies pour faciliter le sevrage tabagique et 62% des femmes enceintes fumeuses considèrent que le conseil ainsi que le soutien de la sage-femme est un levier à l'arrêt du tabac (47).

Une étude réalisée en 2019 sur la perception montre que l'aide la plus citée par les fumeurs est le professionnel de santé. En effet, le professionnel de santé est perçu comme un guide, un soutien. L'accompagnement par un professionnel de santé permet d'éviter les rechutes et

peut être considéré comme la meilleure des aides pour certaines personnes. Le médecin généraliste par exemple, occupe une place privilégiée dans l'accompagnement et l'aide à l'arrêt du tabac (48).

Enfin, parmi les leviers, il y a le remboursement dans le droit commun des TSN et les nouveaux prescripteurs et la possibilité pour les sages-femmes de pouvoir prescrire à l'entourage.

7. PROJET 5A-QUIT-N

Le projet 5A-QUIT-N a pour objectif de faire baisser la consommation de tabac chez les femmes enceintes de Nouvelle Aquitaine en proposant une organisation innovante basée sur le microsysteme et le méso-système (Figure 2).

Le microsysteme est centré sur le niveau micro de l'intervention. Cette partie se focalise sur la pratique clinique et les interactions entre les professionnels de santé et les patientes.

La stratégie du microsysteme de l'intervention d'accompagnement au sevrage tabagique des femmes enceintes de Nouvelle-Aquitaine, repose sur la démarche des 5A. La mise en œuvre de cette démarche par les professionnels sera accompagnée par la formation d'une part et par l'outillage de ces derniers d'autre part. Cette méthode sera une véritable ossature organisationnelle autour de laquelle sont mobilisés : les outils, interventions et stratégies probantes et recommandées par la HAS d'une part, ainsi que les ressources et organisations présentes sur les territoires de la région d'autre part.

L'ensemble de ces éléments est adapté aux conditions réelles d'exercice des professionnels mobilisés. Les professionnels concernés par ce projet sont les professionnels qui effectuent les suivis de grossesses des femmes enceintes : sages-femmes, gynécologues et médecins généralistes. Les professionnels de santé participant au projet bénéficieront d'une formation à la démarche 5A, d'outils d'identification (affiche et autocollant permettant aux professionnels d'informer leurs patients qu'il peuvent les aider à arrêter de fumer), d'outils d'aide à l'arrêt du tabac à destination des patients (jeu de carte « jouer pour arrêter », carnet de suivi, ...), ainsi que de l'accès à un site internet dédié permettant de trouver des réponses à leurs questions. Ces outils sont empruntés au projet Lieu d'Accompagnement à la Santé sans Tabac (LAST), qui sera décrit par la suite.

Le méso-système concerne l'organisation des soins en réseau entre les différents professionnels.

La stratégie du méso-système de l'intervention repose sur la gradation de l'offre de soin et la coordination entre les acteurs de première et deuxième ligne en fonction de la complexité des cas. L'intervention propose une organisation territoriale des ressources autour de la prise en charge préventive de la femme enceinte fumeuse selon le principe de responsabilité populationnelle des offreurs de soins.

Cette organisation s'articule autour de trois axes stratégiques :

- Gradation de l'offre de soins
- Prise en charge personnalisée déclinant des parcours spécifiques
- Coordination des ressources territoriales

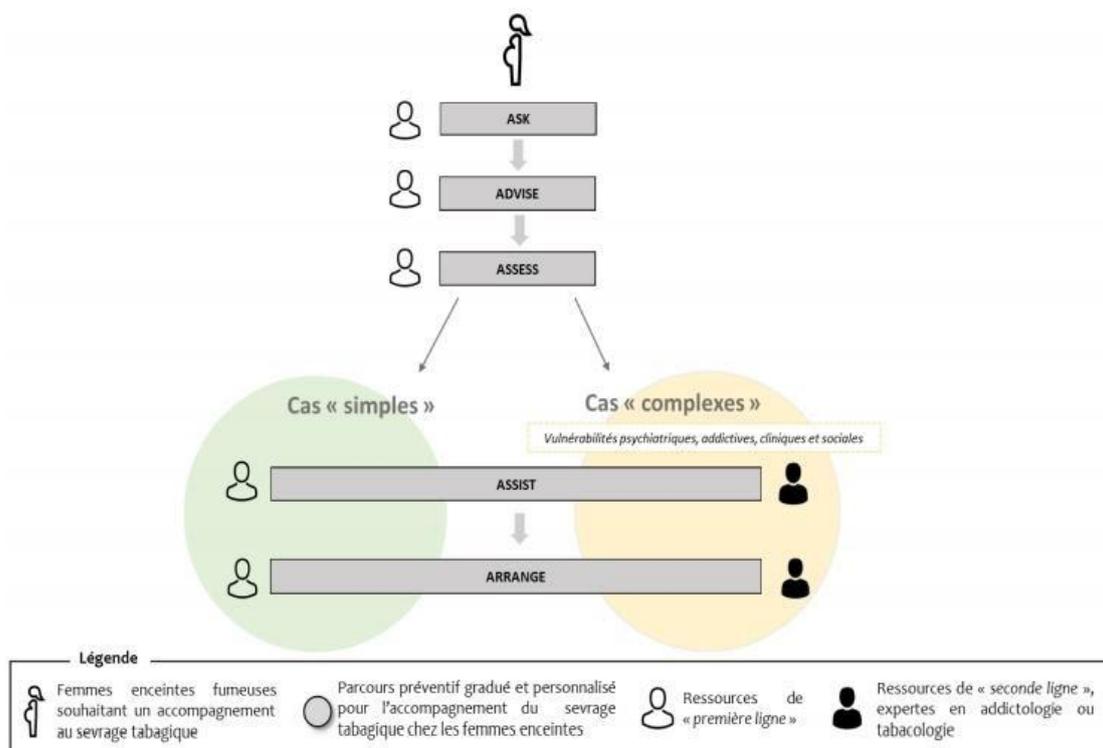


Figure 2 : Organisation de l'intervention 5A-QUIT-N

Ces trois éléments clés permettront de proposer une démarche partenariale, décloisonnée, coordonnée et intégrée au territoire, soutenue par les moyens techniques et l'expertise disponible sur le territoire.

Elle invite une majorité d'acteurs, non spécialisés (première ligne), à s'investir dans la démarche d'accompagnement à l'arrêt du tabac des femmes enceintes, multipliant et potentialisant leurs actions auprès de cette population. Elle intègre également les acteurs spécialisés en addictologie ou tabacologie (deuxième ligne) pour les cas complexes afin de proposer une réponse adaptée aux besoins de chaque patiente. Cette organisation pour la

femme enceinte va capitaliser sur l'organisation générale mise en œuvre dans le cadre du projet LAST (développé ci-après).

L'étude Pilote 5A-QUIT-N se déploie sur le Bassin de vie d'Arcachon-La Teste, et a pour objectif de tester l'intervention dans son ensemble : efficacité, processus et viabilité, et le cas échéant de réadapter l'intervention en conséquence. Nous allons définir par la suite les notions de viabilité utilisées.

Ce projet pilote s'appuie sur le projet LAST dont l'objectif est de faire baisser la consommation de tabac en population générale, et qui se déploie sur le même territoire.

Le projet LAST a été financé en décembre 2018 par l'ARS (Agence Régionale de la Santé) de Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de l'appel à projets du « fond tabac » et le projet régional 5A-QUIT-N a été financé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), le Programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), l'Institut National du Cancer (INCa) et l'Institut de Recherche en Santé Publique (IRESP). Il est porté par la COREADD, en partenariat avec le service prévention du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Bordeaux (49).

Le SSMIP (Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention) est concepteur, coordinateur et évaluateur du projet 5A-QUIT-N, en lien avec la COREADD - association experte en tabacologie et connaissant parfaitement le réseau Néo-aquitain des acteurs en addictologie – en charge notamment de la conception et du déploiement de l'organisation (conception des outils, formation des professionnels de santé et médiatisation des actions). Ce projet a pour objectif de favoriser l'accompagnement à l'arrêt du tabac en proximité territoriale, temporelle et humaine.

En parallèle de l'étude pilote du projet 5A-QUIT-N se déroulera l'étude de viabilité. Ces études permettront d'adapter l'intervention, en vue de la généraliser sous forme d'essai contrôlé randomisé sur la Nouvelle-Aquitaine.

La dernière étape du projet est la transférabilité de l'intervention, sa mise à l'échelle et son implémentation dans d'autres territoires.

8. NOTION DE VIABILITÉ

Chen, dans un article, examine les limites du modèle de validité Campbellian classique et de l'approche descendante utilisée pour l'évaluation de programmes.

Campbell et Stanley ont identifié en 1963 deux principaux types de validité : interne et externe. La validité interne demande si, dans un exemple expérimental, l'intervention est efficace.

La validité externe demande si une expérience est susceptible de généralisation, et si oui, à quelles populations et dans quels cas. Ces concepts de validité interne et externe sont devenus des termes fondamentaux pour l'évaluation de programmes.

Campbell a soutenu la primauté de la validité interne, la considérant comme condition sine qua non à la recherche : la légitimité de tout résultat de recherche repose d'abord sur la validité interne.

Campbell propose une approche descendante pour l'évaluation de programmes, c'est-à-dire une série d'évaluations, visant à maximiser la validité interne. L'approche descendante prescrit une séquence d'étapes pour évaluer l'efficacité, puis une diffusion et enfin une application large et réelle. Une telle progression linéaire n'est cependant pas adaptée à la plupart des programmes de promotion de la santé.

Il en résulte un fossé entre la recherche interventionnelle et la pratique.

Chen fournit un modèle alternatif, connu sous le nom de modèle de validité intégrative pour l'évaluation de programme. Le modèle de validité intégrative inclut le concept de viabilité, qui repose sur une approche ascendante, dont le but est de montrer qu'une intervention est réussie dans le monde réel (50).

Cette approche est une alternative préférable pour l'évaluation des programmes de promotion de la santé / d'amélioration sociale, comme c'est le cas pour le projet 5A-QUIT-N.

Le concept de viabilité d'un programme comprend 5 critères :

- Accessible (affordable)
- Adaptée (suitable)
- Évaluable (evaluable)
- Utile (helpful)
- Faisable (practical)

Ces critères seront définis ci-après.

9. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Notre question de recherche est « La méthode 5A est-elle viable auprès des femmes enceintes fumeuses ayant bénéficié d'un accompagnement 5A-QUIT-N, lors de leur grossesse ? Quels en sont les freins et les leviers ? ».

L'objectif principal est d'évaluer les freins et les leviers à la viabilité de la méthode 5A auprès des femmes en ayant bénéficié lors de leur grossesse.

Les objectifs secondaires sont de déterminer si l'action proposée est :

- Accessible : si aucun frein majeur (financiers, géographiques, socio-culturels) ne met en péril l'accès à l'accessibilité du projet par les patientes.
- Adaptée : si l'intervention est adaptée au suivi des femmes enceintes, c'est-à-dire si l'intervention s'intègre bien dans leur suivi de routine initialement prévu (par exemple, nombre de consultations adaptées, modalités de consultations adaptées).
- Évaluable : si l'évaluation sous forme d'entretiens est acceptée par les femmes ayant consommé du tabac lors de leur grossesse.
- Utile : si l'on constate un besoin et un intérêt des femmes enceintes fumeuses pour la prise en charge selon la méthode 5A.
- Faisable : si les femmes interrogées ont pu bénéficier du niveau maximum de prise en charge 5A

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Notre recherche a été élaborée avec l'aide de la base de données Pubmed ainsi que Cochrane, Cairn et Google scholar.

Nous avons utilisé comme mot clés :

Tabac : tobacco

Sevrage tabagique : smoking cessation

Femme enceinte : pregnant woman

Grossesse : pregnancy

Viabilité, évaluation de programme : program evaluation

Prévention : Disease prevention, primary/diseases, preventions

Nous avons utilisé un système de mots-clés hiérarchisés : le MeSH (Medical Subject Headings).

Équations de recherche utilisées :

- intervention and tobacco and pregnancy
- program evaluation and smoking cessation and pregnancy
- disease prevention and tobacco and pregnant woman or pregnancy

2. CHOIX DE LA METHODE

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la viabilité de la méthode 5A auprès des femmes enceintes fumeuses ayant bénéficié d'un accompagnement 5A-QUIT-N pendant leur grossesse.

Nous avons choisi une étude qualitative afin de pouvoir avoir une vision globale de ce projet et donc étudier les différents domaines de la viabilité en détail.

Depuis une vingtaine d'années, on observe un intérêt croissant pour l'entretien et plus largement les méthodes qualitatives dans les recherches en santé. Enquêter par entretiens sert à investiguer des faits, des pratiques sociales dont l'analyse permet de traduire les conduites individuelles en enjeux collectifs et de donner aux enjeux collectifs une dimension individuelle.

L'entretien permet de produire des données à base de discours afin de rendre compte du point de vue de l'enquêté de son vécu, de son expérience sans porter sur ce discours de jugement de valeur ni d'appréciation normative.

Dans l'entretien semi-directif, les thèmes qui sont abordés sont pensés à l'avance. L'ordre et la forme de présentation des thèmes restent cependant libres et dépendants du déroulement de l'entretien.

La méthode de recherche utilisée permet à l'enquêté de s'exprimer librement dans un cadre délimité par l'enquêteur (51).

La technique d'entretien semi-directif a permis aux femmes interviewées de développer et d'orienter leurs propos sans cadre fermé pour une vue plus générale du projet.

3. POPULATION ÉTUDIÉE

Nous avons choisi des femmes ayant accouché à la maternité d'Arcachon qui étaient fumeuses en début de grossesse.

Les critères d'inclusion étaient donc :

- Être fumeuse en début de grossesse
- Être en capacité physique et psychique de répondre
- Être volontaire et avoir donné son consentement éclairé
- Accepter de participer aux entretiens

L'entretien a eu lieu dans les deux mois suivant l'accouchement, pour que les souvenirs de leurs ressentis et leurs perceptions de l'intervention soient récents.

Cependant nous les avons contactées qu'au bout de 4 semaines après leur accouchement pour leur laisser le temps de prendre leur marque à domicile avec leur nouveau-né et qu'elles aient plus de temps à nous consacrer pour répondre à nos questions.

Les critères de non-inclusion pris en compte étaient l'impossibilité de répondre à l'entretien semi-directif du fait de la pratique d'une langue étrangère ou d'un refus de participation.

Les critères d'exclusion étaient l'impossibilité de réaliser l'entretien en pratique (emplois du temps incompatibles, absence au rendez-vous) et les problèmes techniques rendant l'enregistrement des propos inaudibles.

4. MODALITÉS DE RECRUTEMENT DES FEMMES

En raison de la pandémie de COVID 19, nous avons dû nous adapter pour le recrutement des femmes. La cadre de la maternité d'Arcachon, les sages-femmes et l'infirmière tabacologue ont fait passer un questionnaire aux femmes fumeuses qui venaient d'accoucher pour les

informer de notre étude. Elles ont recueilli leur accord et pris les coordonnées téléphoniques des volontaires (Annexe 1).

Le recrutement a été réalisé selon l'exhaustivité des volontaires. Ce type d'échantillonnage intervient lorsque les enquêtés offrent volontairement leurs services pour l'étude dont il est question.

La cadre de santé et l'infirmière tabacologue nous ont ensuite communiqué les coordonnées des différentes patientes après anonymisation.

Nous les avons contactées par téléphone à partir du 06/01/2021 jusqu'au 19/03/2021.

Lors des appels des patientes, nous leur avons présenté notre projet de thèse en leur expliquant les objectifs de l'étude.

Au total, trente-trois patientes fumeuses en début de grossesse ont été recrutées. Onze n'ont jamais donné suite malgré nos appels téléphoniques avec message vocal laissé sur le répondeur. Deux ont refusé l'entretien en raison du manque de temps.

Dans le cadre d'une étude qualitative, le nombre de sujets nécessaires ne peut pas être calculé au préalable car celui-ci dépend de la saturation des données.

Le recrutement a été arrêté lorsque celle-ci a été confirmée, c'est-à-dire lorsqu'un entretien supplémentaire n'apporte pas de nouvelles données.

Toutes les patientes recrutées étaient fumeuses en début de grossesse. Certaines l'étaient toujours à l'accouchement et d'autres avaient arrêté via la prise en charge par l'infirmière tabacologue.

En raison du contexte de l'étude, il n'a pas été possible de recruter des non fumeuses à l'accouchement, prises en charge par les professionnels de première ligne car celles-ci étaient difficilement identifiables par les professionnels de santé de la maternité d'Arcachon.

5. GUIDE D'ENTRETIEN

Nous avons réalisé un guide d'entretien intégrant l'ensemble des éléments majeurs de la question de recherche. Ce guide a été élaboré après un travail bibliographique puis enrichi après avoir testé notre entretien en binôme avec l'aide de Julien POUBLAN et Margaux FONTAN (chargés de projet pilote 5A-QUIT-N au sein du SSMIP) (Annexe 2).

Le guide a été testé en amont des entretiens, afin de s'assurer que les questions étaient compréhensibles et qu'elles permettaient d'aborder tous les critères. Nous l'avons modifié au fur et à mesure.

L'objectif était d'évaluer la viabilité de la méthode 5A auprès des femmes enceintes fumeuses ayant bénéficié d'un accompagnement 5A-QUIT-N pendant leur grossesse.

S'il est vrai que le guide d'entretien est indispensable au processus d'enquête, son usage en situation d'entretien doit rester souple. Il est composé de questions ouvertes permettant aux femmes interrogées une plus grande liberté d'expression (52). Nous avons également des questions de relance pour permettre de réorienter leurs discours afin de répondre à nos différents thèmes de recherche.

En effet, l'enquêteur doit laisser venir le plus possible l'enquêtée, pour qu'elle puisse parler selon une logique qui est la sienne. Il pose les questions que la personne n'a pas abordé d'elle-même et peut investir les questions auxquelles il n'a pas pensé.

La première partie de l'entretien permettait aux femmes de nous parler de leur grossesse, de l'accouchement ainsi que de leur bébé afin de leur permettre d'être plus à l'aise en début d'entretien. Nous avons ensuite introduit le thème de notre étude par une question générale sur le suivi du tabac pendant leur grossesse.

Chaque sous thème de la viabilité a été ensuite abordé par des questions générales suivies de questions de relances si besoin.

Nous avons rajouté quelques questions à notre guide d'entretien fin février 2021 après avoir réalisé environ huit entretiens et après en avoir discuté avec notre directeur de thèse, le Pr CASTERA. Les questions rajoutées visaient à approfondir certains thèmes :

- Si la patiente n'a pas arrêté de fumer durant la grossesse, lui demander quelles étaient les raisons.
- Si la patiente a eu plusieurs grossesses, lui demander si elle voit une différence de prise en charge de son tabagisme entre la dernière grossesse et les précédentes.
- Demander aux patientes ce qu'elles pensent des TSN (à priori, appréhension, expérience, etc)

6. RÉALISATION DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés selon une seule modalité en raison de la pandémie de Covid 19. Initialement, les entretiens devaient être réalisés soit en présentiel au domicile des patientes soit à la maternité. Etant donné le contexte sanitaire, nous avons réalisé l'intégralité des entretiens par téléphone.

Au début de chaque entretien, nous avons expliqué à la patiente les modalités du déroulement de l'entretien ainsi que de l'enregistrement des données tout en leur garantissant l'anonymat

et le secret médical. En effet, la nécessité de garantir l'anonymat répond non seulement à des principes éthiques de respect de la parole partagée mais aussi à des conditions scientifiques. La personne enquêtée sera plus encline à partager son expérience.

Nous avons demandé de nouveau l'accord oral à l'enregistrement en posant la question « Je lance l'enregistrement. J'ai bien votre accord pour enregistrer cette conversation qui sera anonyme ? ».

Les différents sujets ont été abordés. En fonction du déroulement de l'entretien, l'ordre et la formulation ont été adaptés permettant de favoriser la fluidité de l'interview. Parfois les femmes ont développé un thème de façon spontanée. Lors de chaque entretien, nous avons pris en note des informations complémentaires sur la communication non verbale (émotions de la patiente, entourage, contexte ...).

La réalisation de ce genre de travail n'est pas innée. Il faut trouver un équilibre pour laisser les femmes s'exprimer sans pour autant s'éloigner de nos questions de recherche. Il faut également avoir une écoute active, tout en suivant notre guide d'entretien, pour les inciter à développer le maximum de thèmes.

En réalisant des entretiens semi-directifs, on peut relever plusieurs principes directeurs :

- Faciliter l'expression (ne pas rejeter ce qui est dit et la manière de le dire).
- Prévoir une progression en fonction des thèmes (depuis les thèmes familiers aux thèmes jugés plus sensibles). Nous avons ici commencé nos entretiens par une question générale aux femmes interrogées sur le déroulement de leur grossesse.
- Être attentif et disponible à l'autre.
- Équilibrer distance (pour recueillir des informations fiables) et proximité (proche en montrant de la sympathie). Cet équilibre entre distance et proximité peut être vu sous l'angle de la coopération mutuelle : il faut que les deux personnes puissent se comprendre sans que l'enquêteur oublie les buts visés par l'entretien.

Au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, nous nous sommes senties plus à l'aise.

7. RECUEIL DES DONNÉES

Les entretiens se sont déroulés de janvier à mars 2021. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique garantissant l'anonymat des données.

Nous les avons ensuite transférés sur un ordinateur sécurisé afin de les réécouter plusieurs fois pour les retranscrire intégralement en utilisant le logiciel Word.

8. RETRANSCRIPTION

Les 17 entretiens ont été retranscrits mot à mot manuellement et intégralement par écrit sur support informatique type Word par chaque thésarde.

Nous avons attribué à chaque patiente un chiffre afin de préserver l'anonymat.

Une fois la retranscription faite, le texte correspondant aux patientes interrogées était mis en italique de façon à différencier les propos de l'enquêtée et de l'enquêtrice et d'éviter les confusions lors de l'analyse.

9. MESURES ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

Selon l'article 2 du décret 2017 – 884 du 9 Mai 2017, cette étude qui visait à évaluer la viabilité de la méthode 5A auprès des femmes enceintes fumeuses ayant bénéficié d'un accompagnement 5A-QUIT-N pendant leur grossesse n'était pas une recherche ayant pour objet le développement des connaissances biologiques ou médicales.

L'accord du Comité de Protection des Personnes n'était donc pas nécessaire. Une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été réalisée au préalable par le Délégué à la Protection des Données.

10. MÉTHODE D'ANALYSE

Nous avons réalisé une analyse thématique de nos entretiens. Dans l'analyse thématique, la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche.

Nous avons fragmenté les verbatims en mots, groupes de mots ou phrases afin de créer une liste de catégories faisant émerger des thèmes. A la lecture de chaque entretien, les thèmes identifiés ont été notés puis regroupés par critère de viabilité en les classant entre freins ou leviers. Les thèmes ont été reportés linéairement sous les rubriques et sous-rubriques pertinentes, sans transformation.

Les thèmes ont ensuite été hiérarchisés sous la forme de thèmes centraux regroupant des thèmes associés, complémentaires, divergents etc. L'arbre de nos thèmes et sous-thèmes a donc été construit progressivement, il consiste en une représentation synthétique et structurée

du contenu analysé, un panorama de l'ensemble des cas de figure du phénomène faisant l'objet de l'étude.

Au cours de notre codage, l'inventaire des thèmes s'est progressivement gonflé, des modifications ont eu lieu et nous avons fait des regroupements, ce qui a permis de thématiser de façon plus efficace, avec des thèmes de plus en plus stables et hiérarchisés. Nous sommes revenues sur les premiers entretiens codés à mesure que l'inventaire des thèmes était mieux défini.

Étant donné la possibilité de variations d'un analyste à l'autre, nous avons fait un double codage. Nous avons chacune codé quatre entretiens de l'autre, soit environ un quart de la totalité des entretiens. La différence n'a pas été très importante, car chacune a adopté la posture appropriée.

A partir du relevé de thèmes réalisé, nous avons pu construire notre arbre thématique (Annexe 3). L'arbre thématique consiste en une représentation synthétique et structurée du contenu analysé, un panorama de l'ensemble des cas de figure du phénomène faisant l'objet de l'étude (51).

RÉSULTATS

Les critères de la viabilité définis par Chen sont présentés dans son article selon l'ordre : accessible, utile, adapté, évaluable et faisable. Les résultats relatifs à notre étude seront présentés dans cet ordre. Le contenu de ces parties est asymétrique ; il dépend du matériau recueilli pour chaque critère.

1. CARACTÉRISTIQUES DES ENTRETIENS ET DES PATIENTES

Les caractéristiques générales des patientes (statut tabagique, durée de l'entretien, parité, nature du professionnel de santé ayant pris en charge la patiente) ont été insérées dans un tableau (Figure 3).

Entretien	Statut tabagique	Professionnel de santé ayant parlé du tabac	Suivi	Professionnel de santé ayant réalisé le suivi	Parité
1	Diminution	Sage-femme libérale	OUI	Tabacologue	P3
2	Diminution	Sage-femme	OUI	Tabacologue	P2
3	Maintien	Sage-femme libéral	NON		P1
4	Diminution	Gynécologue Sage-femme	NON		P1
5	Diminution	Gynécologue	OUI	Gynécologue	P1
6	Diminution	Gynécologue	NON		P4
7	Diminution	Sage-femme	NON		P1
8	Diminution	Sage-femme	NON		P1
9	Diminution	Gynécologue	NON		P2
10	Diminution	Sage-femme	OUI	Sage-femme	P1
11	Maintien	Gynécologue	NON		P1
12	Arrêt	Tabacologue	OUI	Tabacologue	P2
13	Diminution Arrêt à l'accouchement	Sage-femme	OUI	Tabacologue	P4
14	Arrêt	Gynécologue	OUI	Tabacologue	P2
15	Arrêt	Sage-femme	NON		P1
16	Diminution	Gynécologue	OUI	Tabacologue	P2
17	Diminution	Gynécologue Sage-femme	OUI	Tabacologue	P1

Figure 3 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des patientes

Nous avons également réalisé un tableau récapitulatif permettant de conserver les données de chaque entretien, que nous avons rempli au fur et à mesure de notre travail. Ce tableau indiquait la date de l'entretien, sa durée, le contexte dans lequel celui-ci s'était déroulé, les remarques éventuelles (Figure 4).

Nous avons réalisé 17 entretiens, 8 ont été conduits par Marie BERNEZ et 9 par Adeline MARRET-ROUSSEAU.

La durée moyenne des entretiens était de 17 minutes et 28 secondes, l'entretien le plus court a duré 14 minutes et 5 secondes et le plus long a duré 22 minutes et 35 secondes.

Entretien	Durée entretien	Date	Remarques
1	14'05	11/01/2021	Après le biberon de son nouveau-né, en fin de matinée
2	20'42	14/01/2021	Nouveau-né qui venait de s'endormir, le papa était là au cas où donc la patiente était totalement disponible pour l'entretien
3	19'31	18/01/2021	Le nouveau-né a demandé les bras de sa mère pendant l'entretien, elle s'est absentée quelque temps pour la calmer puis est revenue
4	16'19	22/01/2021	Entretien en début de soirée après le biberon du nouveau-né. Conjoint présent sur place. Pleurs entendus durant l'entretien, cherche ses mots à ce moment-là
5	17'40	04/02/2021	Nouveau-né qui dort, père à côté dans la maison
6	16'42	05/02/2021	Nouveau-né qui dort, patiente complètement disponible
7	17'15	12/02/2021	Entretien en début d'après-midi, nouveau-né qui dort
8	16'24	16/02/2021	Entretien en fin de journée, conjoint avec elle pour s'occuper de son petit
9	14'12	16/03/2021	Entretien en début d'après-midi, nouveau-né qui vient de téter, mère disponible
10	18'04	17/02/2021	Nouveau-né qui venait de finir de téter, s'est réveillé pendant l'entretien, a pleuré quelques secondes puis s'est calmé dans les bras de sa mère
11	14'35	01/03/2021	Nouveau-né avec la patiente, entretien en fin de matinée
12	21'12	08/03/2021	Entretien milieu de matinée pendant la sieste de son nouveau-né
13	17'08	11/03/2021	Entretien fin de matinée, nouveau-né dans les bras de sa mère, calme
14	22'35	12/03/2021	Entretien en milieu d'après-midi, bébé dans les bras
15	16'23	18/03/2021	Entretien en fin d'après-midi après le travail.
16	16'23	22/03/2021	Début d'après-midi, nouveau-né qui dort à côté, patiente disponible
17	15'42	23/03/2021	Entretien en fin d'après-midi après le travail.

Figure 4 : Tableau récapitulatif des entretiens

2. RÉSULTATS DE CHAQUE DOMAINE DE VIABILITÉ

2.1. Accessible

L'accessibilité au projet par les patientes a été étudiée en interrogeant les freins à sa mise en place, notamment l'impact du contexte extérieur (freins financiers, géographiques, socio-culturels) mais aussi le contexte intérieur, lié à la patiente, ses représentations et son vécu. L'accessibilité a également été étudiée en étudiant les leviers de l'intervention.

2.1.1. Les freins à la mise en place du projet

2.1.1.1. Freins liés au système de santé

Plusieurs freins liés au système de santé ont été mis en évidence.

Tout d'abord, nous savons que **l'accès aux soins** est de plus en plus compliqué actuellement. Une patiente rapporte « *Malheureusement ici c'est très compliqué d'avoir un gynécologue* » [E8]. Dans cet exemple, la patiente a présenté des difficultés pour avoir un suivi en libéral, elle n'était pas suivie à la maternité d'Arcachon.

Une patiente a évoqué des **difficultés d'organisation** pour avoir un suivi spécialisé avec une tabacologue, en raison de son rythme de travail « *Y'a une dame qui m'avait appelé mais avec le travail j'ai jamais réussi à la rappeler, à chaque fois que je la rappelais elle répondait pas et quand elle, elle me rappelait je pouvais pas répondre parce que je bossais* » [E10]

Enfin, plusieurs patientes ont évoqué le fait qu'elles auraient apprécié bénéficier d'une prise en charge par l'hypnose pour arrêter de fumer, mais cela n'était pas envisageable pour **raisons financières** « *Je m'étais renseignée sur d'autres méthodes à côté comme l'hypnose et malheureusement ça rentrait pas dans mon budget* » [E9]. Soit les patientes s'étaient renseignées d'elles-mêmes, soit elles avaient eu des retours positifs dans leur entourage, ce qui expliquait cet attrait pour l'hypnose. Plusieurs patientes l'ont évoqué « *on en avait discuté avec la tabacologue, de l'hypnose. J'aurais vraiment bien aimé essayer parce que je sais que c'est réellement efficace et que beaucoup de personnes arrêtent grâce à ça* » [E16].

2.1.1.2. Freins liés au(x) professionnel(s) de santé

Une seule patiente rapporte **un manque d'écoute** et d'accompagnement de la part de sa sage-femme libérale « *j'ai dû aller voir mon médecin traitant pour me mettre en arrêt. Elle ne voulait pas me mettre en arrêt elle. En gros, avec mon compagnon on s'est senti un peu*

délaissés, pas écoutés, pas compris (...) C'était très moyen. Ça a vraiment été un manque d'écoute » [E8]. Toutefois, dans ce cas-là, la patiente nous a rapporté avoir été en conflit avec son employeur et avoir eu beaucoup de stress pendant sa grossesse. Elle a d'ailleurs elle-même souligné que du fait de difficultés personnelles, le tabac n'était pas sa priorité.

2.1.1.3. Freins liés au Covid

Le **contexte sanitaire** actuel et inédit a également eu un rôle sur l'accessibilité au projet. Pour certaines patientes, les consultations téléphoniques ont été compliquées à mettre en place. En raison du confinement il n'y avait pas d'autres possibilités « *plus le COVID donc c'était très particulier, avec les confinements, on faisait les entretiens téléphoniques* » [E14].

Plusieurs patientes ont décrit que les RDV téléphoniques étaient **moins pratiques**, notamment pour tout concilier avec le travail « *à l'hôpital on m'a parlé de réunions qui étaient organisées justement pour le tabac. C'était une dame qui devait m'appeler et j'ai pas réussi à l'avoir au téléphone. Parce qu'avec le Covid, les réunions en présentiel on pouvait pas...mais par téléphone c'est moins pratique, je bossais et tout* » [E10]

Le fait que le père ne soit pas accepté en consultation a aussi été un frein « *Elle m'avait dit que je pouvais venir accompagnée mais après avec le COVID c'était plus compliqué* » [E12].

En outre, **une incertitude sur l'avenir** a pris beaucoup de place dans le quotidien de nombreuses personnes, suscitant de l'inquiétude. Le confinement a eu des répercussions sur la vie privée des enquêtées, participant à la déstabilisation à laquelle elles ont dû faire face « *avec le COVID tout ça c'était un peu compliqué* » [E17].

2.1.1.4. Freins liés à la patiente

Difficultés personnelles

Les résultats nous montrent bien que des difficultés de différents ordres ont pu mettre en péril l'arrêt du tabac chez les enquêtées et reléguer celui-ci au second plan.

Des difficultés d'ordre matériel sont ressorties. Une patiente a dû déménager pendant sa grossesse, « *c'était pas des conditions sereines, j'avais besoin de ce petit moment de détente, avec le confinement puis le déménagement, tout un tas de trucs cette année qui ont bougé pas mal et voilà...bon après c'est des excuses à deux balles hein.* » [E2]. Un déménagement

ou des travaux dans une maison peuvent effectivement entraîner une perte de repères, des préoccupations prenant la priorité.

Des difficultés d'ordre professionnel sont aussi apparues. Une patiente a présenté un conflit au travail « *surtout compliqué avec mon emploi. Ça s'est très mal passé, ils n'ont pas accepté que je sois enceinte. J'ai été en conflit avec mon patron et mes deux collègues, j'étais souvent en stress au travail, on a aussi acheté une maison qui est en travaux donc j'ai eu énormément de stress à côté qui m'ont empêché d'arrêter de fumer* » [E8]. Dans cet exemple, ce n'était pas la priorité de la patiente d'arrêter de fumer.

Sans forcément qu'il y ait conflit, un emploi chronophage et **une charge de travail importante** peuvent compromettre un suivi spécialisé en addictologie par manque de temps.

Nous avons également pu observer **des difficultés d'ordre social**. En raison de leurs parcours de vie, leurs antécédents, certaines patientes avaient du mal à arrêter le tabac « *c'est vrai que quand on a une vie un peu mouvementée comme ça, même dans ma jeunesse c'était pareil avec des problèmes familiaux, donc je pense que ça n'aide pas à ce que j'arrête facilement* » [E11]. Une patiente nous a rapporté fumer du cannabis. L'arrêt du tabac semble alors d'autant plus compliqué en cas de co-addiction « *Je suis un cas particulier [...] du coup pendant dix ans j'étais en dépression et je vous avoue que le cannabis m'a un peu aidé, je fume les deux* » [E11].

Complications pendant la grossesse

Certaines patientes ont présenté des complications plus ou moins graves lors de leur grossesse.

L'une des enquêtées a eu une amniocentèse au début du troisième trimestre « *j'ai eu une amniocentèse du fait d'un retard de croissance* » [E5]. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le RCIU de son bébé soit dû au tabac.

La grossesse est un moment où le fonctionnement de l'organisme de la femme enceinte change, et certains désagréments peuvent apparaître « *j'ai eu tous les désagréments de la grossesse qu'on peut avoir* » [E11]. En l'occurrence, cette patiente faisait de la rétention hydrique et avait une glycémie limite à surveiller.

Une autre patiente qui avait comme antécédent une hypothyroïdie a présenté de fortes migraines « *Au début j'avais de grosses migraines déjà qu'à la base je suis migraineuse parce que je suis sous Levothyrox car j'ai plus de thyroïde depuis mon premier accouchement* » [E14].

Anxiété du début de grossesse

Certaines ont parlé de difficultés de nature plus **psychologique**, avec certaines peurs et appréhensions « *en début de grossesse j'étais ultra stressée. J'avais tout le temps peur et du coup j'avais besoin de fumer clairement* » [E7].

Une patiente avait eu une fausse couche lors d'une grossesse précédente et a évoqué cela comme un facteur de stress ayant mis son arrêt du tabac en péril « *assez stressante parce que j'avais fait une fausse couche un an et demi avant* » [E14]. Tout comme la patiente ayant eu une amniocentèse, nous remarquons tout le paradoxe car cette complication est vue comme un **facteur compliquant l'arrêt du tabac**. Celle-ci est pourtant potentiellement due au tabac lui-même puisque le tabagisme pendant la grossesse augmente le risque de faire des fausses couches (7).

2.1.2. Les leviers à la mise en place du projet

2.1.2.1. Leviers liés au système de santé

Au travers des différents entretiens, des leviers ont été mis en évidence et notamment vis-à-vis du système de santé et de son organisation sur le territoire.

En effet, la **proximité** de leur lieu d'habitation avec le Pôle Santé d'Arcachon a permis de faciliter le suivi « *J'habite proche donc c'était pratique* » [E15]. La majorité des patientes nous ont rapporté être à quelques minutes de la maternité « *Non du tout, j'habite à 5 min de l'hôpital d'Arcachon* » [E8].

Plusieurs patientes ont également mis en évidence **l'absence de difficulté pour le suivi**, ce qui a pu faciliter l'adhérence des patientes au projet « *j'ai eu aucune difficulté* » [E11].

Sur le plan financier, la prise en charge des frais médicaux par la sécurité sociale a été évoquée « *Tout a été pris en charge j'ai pas eu d'avance à faire pour les examens donc plutôt pratiques* » [E14]. **Le remboursement intégral des substituts nicotiques** facilite également l'utilisation de ces derniers « *je me patchais donc c'était remboursé donc c'était vraiment top, il n'y a pas eu de dépense* » [E1]. Une patiente explique qu'elle en a proposé à son entourage depuis qu'elle a appris que les patchs étaient remboursés, afin d'aider ses proches à arrêter également « *je motive ma famille à le faire vu que c'est remboursé* » [E12].

2.1.2.2. Leviers liés à la patiente

L'accessibilité au projet est également favorisée par certains facteurs liés à la patiente.

En effet, **le bon déroulement de la grossesse**, avec l'absence de complications ou de désagréments, les placent dans une situation plus sereine pour envisager un arrêt du tabac « *J'ai vécu une grossesse sans problème ni rien donc c'est facile* » [E4]. Elles ont une vision positive de la grossesse à l'instar de d'autres patientes qui vont relayer l'arrêt du tabac au second plan, devant la présence de complications ou de problèmes personnels (cf freins liés à la patiente).

La majorité des patientes interrogées qui ont diminué ou arrêté le tabac, ont vécu une grossesse sans problème « *Elle s'est déroulée totalement normalement, tout s'est bien passé. J'ai eu aucun problème* » [E7].

L'utilisation de médecine alternative type hypnose ou magnétiseur a été évoquée par plusieurs patientes comme une solution à l'arrêt du tabac « *On a pris rendez-vous chez le magnétiseur un peu contre son gré et puis il y a été et depuis il fume plus du tout* » [E14]. Le recours à ces types de pratique est une aide supplémentaire pour les patientes. Une patiente nous a fait part d'un retour positif de cette technique par une amie « *J'ai une amie qui m'a parlé d'hypnose, qu'elle l'avait fait et qu'elle avait réussie* » [E15]. Ces retours d'expériences positifs font envisager cette méthode comme une des solutions à l'arrêt du tabac.

2.1.2.3. Leviers liés aux professionnels de santé

En dehors d'une patiente qui nous a signalé un manque d'écoute des professionnels de santé (cf freins liés aux professionnels de santé), les patientes ont décrit une équipe soignante **compétente et présente** pour les accompagner.

En effet, les sages-femmes ainsi que l'infirmière tabacologue et les gynécologues ont su être **à l'écoute** des patientes « *ils sont à l'écoute. L'équipe a été très à l'écoute donc c'est bien* » [E4]. Plusieurs patientes ont insisté sur la prise en charge de la tabacologue de la maternité d'Arcachon et notamment sur le fait qu'elle était à l'écoute « *la tabacologue a été très à l'écoute, pas dans le jugement, pas dans la culpabilité* » [E2].

La majorité des patientes signale également **une absence de jugement** de la part des équipes soignantes « *J'ai jamais été mal à l'aise, pas de jugement* » [E11]. Cette absence de jugement se traduit au niveau de la consommation de tabac pendant la grossesse « *Il m'a*

plutôt rassuré sur le tabac pendant la grossesse » [E4], mais aussi en cas d'échec d'arrêt du tabac « Je sais qu'une ou deux fois j'avais craqué j'avais fumé un peu plus, je n'étais pas au top du moral, au contraire elle m'a pas enfoncé, elle m'a pas jugé. » [E14].

Une patiente a également signalé le bienfait de pouvoir discuter sans jugement avec une personne extérieure comme une séance de psychothérapie de soutien « *C'était important de parler à une personne extérieure aussi et surtout ne pas avoir de jugement » [E1].*

Cette absence de jugement permet aux patientes de **se sentir plus à l'aise** « *La tabacologue à l'hôpital que j'ai vu était très sympathique. Elle a vraiment été bien, très à l'écoute, pas dans le jugement, pas dans la culpabilité » [E2].* Une patiente a même signalé qu'elle s'était sentie à l'aise grâce à l'approche réalisée par la tabacologue alors qu'elle a plus de difficulté à être à l'aise habituellement « *elle m'a mis plutôt à l'aise et c'est plutôt rare avec moi » [E14].*

Les soignants ont également une approche pour **déculpabiliser** les patientes vis-à-vis de leur consommation mais surtout vis-à-vis de leur arrêt du tabac « *Elle me rassurait beaucoup, elle me disait il ne faut pas vous culpabiliser » [E1].*

Les équipes soignantes **respectent la volonté des patientes** sur leur façon d'aborder l'arrêt du tabac « *Elles ont de bonnes approches, on voit bien qu'elles sont au point. Après je pense qu'elles insistent pas trop je pense pour pas braquer les patientes » [E3].* Au travers de plusieurs patientes, les questions du tabac et de son arrêt sont abordées régulièrement en consultation. Les équipes soignantes insistent mais toujours avec la volonté de ne pas brusquer les patientes « *ils sont insistants sans être trop culpabilisants » [E4].* Une patiente a insisté sur le fait qu'elle avait pu gérer son arrêt du tabac comme elle le souhaitait tout en sachant que les équipes étaient **disponibles** en cas de besoin « *Ils sont présents sans être trop insistants ça m'a laissé gérer comme je voulais » [E16].*

Les résultats nous montrent que les équipes ont été **disponibles** ce qui permet de faciliter l'arrêt du tabac pendant la grossesse « *Si y avait le moindre problème ou la moindre question je pouvais l'appeler, elle était très disponible » [E12].* Elles sont là pour répondre aux interrogations des patientes. « *On nous en parle à chaque consultation et on sent que les équipes sont présentes pour la moindre interrogation » [E16].* Une patiente nous a signalé que l'infirmière tabacologue s'était rendue disponible afin de lui faire parvenir facilement une ordonnance pour des substituts nicotiques « *Je sais qu'une fois j'avais besoin d'une ordonnance, on a fait en sorte qu'elle me laisse l'ordonnance à l'hôpital le jour où j'avais le rendez-vous avec une sage-femme donc c'est plutôt pas mal » [E14].*

Une patiente a également mis en avant **les explications claires et complètes** des professionnels de santé « *Y a un bon accueil et en plus ils expliquent tout. Ils sont vraiment très bien* » [E4].

L'équipe soignante par ses qualités d'écoute, de bienveillance, d'absence de jugement et de disponibilité permet aux patientes de se sentir plus à l'aise vis-à-vis de l'arrêt du tabac pendant leur grossesse.

Cependant, une patiente nous a fait part de son ressenti sur la différence de suivi entre la prise en charge en ambulatoire et à la maternité d'Arcachon « *la maternité elles sont plus compétentes. Elles sont plus à l'écoute ça n'a rien à voir et ça change tout* » [E8].

En plus de leur compétence humaine, les patientes ont rapporté **une pratique adaptée** des professionnels de santé avec des propositions variées pour l'arrêt du tabac « *Elle m'a aussi proposé de la médecine douce, des patchs, plein de choses différentes* » [E4]. Concernant les substituts nicotiques, la tabacologue proposait aux femmes aussi bien les patchs que les pastilles « *elle m'a proposé plusieurs alternatives donc soit des patchs ou soit des bonbons à la nicotine ou soit elle m'a proposé de faire avec une cigarette électronique* » [E17] ce qui permet aux patientes de choisir ce qu'elles souhaitent.

Les principaux leviers de l'accessibilité identifiés sont :

- Un suivi avec des lieux de consultation proches de la patiente
- Un remboursement des TSN
- Un bon déroulement de la grossesse
- Le recours à certaines médecines alternatives
- Les qualités relationnelles d'écoute, d'empathie, d'absence de jugement des PS. Ils étaient disponibles et ont pu délivrer aux patientes des explications claires et complètes.

Les principaux freins de l'accessibilité identifiés sont :

- La désertification médicale et des difficultés d'organisation pour bénéficier d'un suivi en tabacologie
- Le contexte sanitaire dû au Covid
- Des difficultés d'ordre matériel, professionnel ou social.

2.2. Adapté

Le caractère adapté du projet a été étudié en interrogeant les freins et leviers à son intégration dans le suivi de routine des femmes enceintes, notamment les modalités de consultations, leur nombre, l'organisation du suivi spécialisé.

2.2.1. Les freins à la mise en place du projet

Le suivi et la prise en charge du tabac chez les femmes enceintes sont organisés par les équipes hospitalières de la maternité d'Arcachon mais également par les professionnels en médecine de ville.

Cependant, plusieurs patientes ont mis en évidence des difficultés dans leur suivi et notamment **un manque d'information**. Elles auraient aimé avoir plus d'explications sur la grossesse et sur la prise en charge du tabac « *j'ai trouvé que le suivi n'était pas assez présent, y a plein de choses qu'elle nous a pas expliqué même sur la grossesse et qu'on apprend maintenant* » [E8]. Une patiente aurait aimé également davantage d'explications ou d'affiches concernant le tabac chez la femme enceinte « *il faudrait plus de flyers, d'explications* » [E4].

Le manque d'informations mis en évidence par les patientes concerne davantage la prise en charge du tabac que sur les complications liées au tabac « *on m'a expliqué les risques que je faisais encourir à mon bébé mais on ne m'a pas parlé d'aide ou de prise en charge pour arrêter de fumer* » [E7].

En addictologie, un suivi régulier et encadré permet aux patientes de se sentir soutenues afin de les accompagner pour l'arrêt du tabac. Cependant, pour certaines patientes **le suivi a été bref** « *j'ai eu deux rendez-vous seulement* » [E17] ce qui n'a pas permis de les accompagner complètement dans cette démarche.

Les professionnels de santé sont sensibilisés au tabac pendant la grossesse. On voit qu'ils ont **recherché quasi systématiquement la consommation du tabac** chez les femmes enceintes « *On m'a demandé si je fumais, j'ai répondu oui et voilà* » [E12], « *On nous demande si on fume, oui 10 cigarettes et voilà. On ne nous questionne pas davantage* » [E1] mais elles n'ont pas toutes bénéficié d'une prise en charge au décours ce que plusieurs patientes regrettent « *je pense que ça aurait pu m'aider si on m'avait proposé quelque chose* » [E7]

En effet, certaines patientes n'ont pas bénéficié d'une prise en charge pour les aider à arrêter de fumer et rien ne leur a été proposé « *Elle ne m'a rien proposé* » [E8].

Devant cette **absence de prise en charge**, une patiente a même déclaré qu'elle ferait un suivi différent sur une grossesse future « *je ferais un suivi différent pour une prochaine grossesse* » [E8] et notamment un suivi à la maternité d'Arcachon plutôt qu'en ambulatoire « *la maternité elles sont plus compétentes. Elles sont plus à l'écoute ça n'a rien à voir et ça change tout* » [E8].

Certaines patientes, à qui le suivi avait été proposé, n'en ont pas bénéficié pour plusieurs raisons. En effet, une patiente n'a pas souhaité avoir un suivi pour l'arrêt du tabac plutôt par manque de motivation « *j'étais pas très motivée pour avoir un suivi* » [E17] tandis qu'une autre n'en ressentait pas le besoin « *j'avais la possibilité d'être plus suivie mais je voyais en fait que j'en avais pas forcément besoin* » [E13].

Une autre patiente n'a pas bénéficié d'un suivi par la tabacologue suite à l'arrêt rapide du tabac « *j'en ai eu aucun parce qu'en fait j'ai arrêté en trois semaines. La dame qui me suivait n'a pas eu le temps de me fixer d'autres rendez-vous* » [E12]

Une autre difficulté a été mise en évidence par une patiente vis-à-vis du suivi. En effet, elle a déclaré **s'être senti esseulée** avec son compagnon pour la prise en charge du tabac « *En gros, avec mon compagnon on s'est sentis un peu délaissés, pas écoutés, pas compris* » [E8] ce qui n'a pas permis de créer un climat de confiance afin de les aider à arrêter de fumer.

Concernant la prise en charge, une patiente aurait aimé **une approche différente avec notamment un discours moins rassurant** « *un discours plus sévère. Ça m'aurait motivée davantage je pense* » [E17]. Pour elle, un discours plus directif avec la mise en évidence des complications que le tabac peut engendrer sur l'enfant lui aurait permis de prendre conscience et de la motiver pour l'arrêt du tabac « *J'aurais préféré qu'on me dise : « si vous arrêtez pas madame votre enfant va avoir des problèmes », d'être cash, de créer un électrochoc et ça y avait pas* » [E17].

2.2.2. Les leviers à la mise en place du projet

2.2.2.1. Organisation du suivi

Un **suivi encadré et régulier** permet de rassurer les patientes, ce qui crée un climat de confiance propice à une bonne prise en charge « *Je la voyais une fois par mois en vrai et par téléphone aussi toutes les 2 semaines (...) c'est très bien encadré* » [E2]. Les patientes ont

trouvé qu'elles étaient bien suivies, que les rendez-vous étaient assez réguliers « *Le suivi régulier ça permet d'être rassurant* » [E12], c'est-à-dire pour la plupart toutes les deux semaines « *on avait un RDV toutes les 2 semaines c'était bien comme rythme* » [E16].

Concernant les modalités de suivi, plusieurs patientes ont eu **des rendez-vous téléphoniques** en raison du contexte sanitaire dû au Covid « *je la voyais une fois par semaine au début, en consultation, puis par téléphone, ça se passait bien* » [E13]. Les rendez-vous téléphoniques permettent aux patientes d'éviter les déplacements, tout en ayant un suivi rapproché.

En effet, plusieurs patientes ont pu bénéficier d'**un suivi spécialisé en tabacologie**. La tabacologue est une spécialiste, formée spécifiquement pour aider les patientes à diminuer leur consommation tabagique. Elle possède des outils qu'une sage-femme non tabacologue ne possède pas forcément « *j'ai pu voir une équipe dédiée à la maternité qui m'a donné les coordonnées de la tabacologue* » [E12]. Une patiente, qui n'avait pas bénéficié de consultation tabacologique et était suivie par sa sage-femme a évoqué le fait qu'elle aurait aimé avoir un suivi spécialisé « *je pense qu'une tabacologue comme on disait, ça aurait été pas mal en plus du suivi avec ma sage-femme* » [E10].

L'approche de la patiente a été **globale et adaptée** à chacune. Le suivi régulier a permis de fixer des objectifs, en partenariat avec la patiente et de les réévaluer régulièrement « *Elle me demandait à chaque fois où j'en étais, on faisait le point, pas d'objectif irréaliste pour pas trop me mettre la pression, pas se frustrer, on réadapte si besoin, c'était top* » [E16] La prise en charge a pu être **personnalisée en fonction des patientes** « *Elle m'a aussi proposé de la médecine douce, des patchs, plein de choses différentes [...] Y a plein de choses différentes pour arrêter* » [E4]. En effet, parmi les différentes options la patiente pouvait choisir la ou les méthode(s) qui lui convenaient le mieux. Offrir de la flexibilité pour que les femmes puissent choisir leur méthode de soutien préférée semble être la clé de leur engagement.

Concernant le moment de la prise en charge, il semble important de proposer **un suivi dès le début de la grossesse** « *Mon gynéco me les a proposés dès le début je crois, vers 2 ou 3 mois* » [E5]. La majorité des patientes ont bénéficié d'une prise en charge précoce « *les sages-femmes ou les gynécologues mettent en place un rendez-vous directement dès le début pour les mamans qui fument* » [E12].

Même si la patiente ne souhaite pas un suivi spécialisé, la question d'une orientation vers la tabacologue a été posée de nouveau à chaque consultation. Une patiente qui ne se sentait pas prête pour avoir un suivi tabacologique en début de grossesse, a finalement accepté au début du troisième trimestre et a pu diminuer sa consommation « *mon gynéco m'avait proposé plusieurs fois avant (...) j'ai eu un suivi par une infirmière tabacologue au troisième trimestre* » [E16]. Il semble alors important de maintenir la démarche des 5A tout au long du suivi de grossesse.

L'organisation d'ateliers et réunions faisait également partie du suivi proposé. Quelques patientes ont pu nous faire un retour positif sur les ateliers organisés « *elles proposent des petites réunions, elles racontent un peu les situations d'autres patientes, non franchement c'est bien fait moi j'ai rien à redire je trouve que c'est vraiment adapté* » [E3]. Ce genre d'ateliers est très intéressant car ils permettent à la patiente de s'identifier à des personnes ayant réussi à diminuer ou arrêter leur consommation de tabac.

Des réunions sur le tabac étaient organisées pour que les patientes puissent discuter entre elles et partager leur expérience « *la sage-femme m'a parlé de réunions et de groupes d'échanges* » [E15].

2.2.2.2. Échange entre professionnels

Nous pouvons observer à travers les résultats l'importance **du lien entre les différents professionnels de santé**, de première et de deuxième ligne, nécessaire à une prise en charge adaptée.

La majorité des patientes ayant bénéficié d'un suivi spécialisé par une tabacologue étaient orientées par leur gynécologue ou leur sage-femme « *Ma gynécologue m'a proposé d'être rappelée par une tabacologue* » [E17]. Si certains gynécologues proposaient systématiquement à la patiente qui fumait d'être suivie par une tabacologue, d'autres gynécologues ne leur laissaient pas le choix et les orientaient directement « *Lors d'une visite chez le gynécologue qui ne m'a pas vraiment laissé le choix d'aller voir une tabacologue* » [E14]

Le fait d'anticiper le suivi spécialisé peut être intéressant car peu de patientes ont fait la démarche d'elles-mêmes « *En fait voilà je me suis un peu laissée porter, je savais que le gynéco allait en parler à une tabacologue. Par moi-même je ne l'aurais pas fait* » [E2]

En effet, les centres spécialisés en addictologie sont souvent négativement connotés. Ils ne seraient réservés qu'aux très gros fumeurs ou à des patients présentant des addictions à d'autres produits (alcool, cannabis, ...), ce qui peut expliquer que certaines femmes enceintes soient réticentes à ce mode de prise en charge et ne font pas la démarche d'elle-même.

Cependant, la majorité des patientes étaient satisfaites d'avoir pu bénéficier d'un suivi spécialisé, ce qui est dû en grande partie à l'orientation des professionnels de santé de première ligne vers ceux de seconde ligne.

On observe donc qu'une bonne communication entre les différents professionnels de santé est essentielle à un suivi de qualité adapté aux patientes.

2.2.2.3. Différence de suivi entre les grossesses

Toutes les patientes qui avaient eu plusieurs grossesses nous ont rapporté avoir été mieux suivies lors de leur dernière « *Alors oui, pour ma première grossesse il était moins investi, on m'avait vraiment rien proposé* » [E9] et « *J'ai pas l'impression qu'il y avait autant de suivi* » [E14]. Malgré l'existence de biais dont nous reparlerons plus loin, les patientes rapportaient **un suivi plus présent** avec des professionnels impliqués dans la prise en charge de la consommation tabagique.

Plusieurs patientes nous ont également fait part de modifications qui pourraient être réalisées par rapport au sevrage tabagique. En effet, une patiente a déclaré qu'il faudrait instaurer un rendez-vous systématique pour les patientes fumeuses « *les sages-femmes ou les gynécologues mettent en place un rendez-vous directement dès le début pour les mamans qui fument. Ne pas leur laisser le choix en fait, de faire une visite rien que pour en parler sans obligation de les faire arrêter* » [E12] afin de leur expliquer les possibilités pour l'arrêt du tabac ainsi que les complications.

Par rapport au tabac en général, même en dehors de la grossesse, cette patiente a préconisé de majorer le prix des cigarettes afin de dissuader certains fumeurs « *augmenter encore davantage pour inciter les gens à arrêter de fumer* » [E12].

Un retour d'expérience d'anciens fumeurs a été proposé par une patiente afin de pouvoir échanger sur leur vécu concernant l'arrêt du tabac « *Après peut être qu'avoir des anciens fumeurs qui interviennent pour en parler avec des fumeurs ça pourrait être intéressant (...) On en prend pas toujours conscience alors que peut être d'en parler avec quelqu'un qui est passé par là. Beaucoup de gens fonctionnent comme ça* » [E11]. Un retour d'expérience positive peut permettre de créer le déclic chez les patientes.

Le suivi a été **adapté** et s'intègre dans le suivi de grossesse. Il a débuté **dès le début de grossesse** avec des rendez-vous **réguliers** en présentiel ou téléphoniques en raison du contexte sanitaire.

Le suivi initié par les professionnels de première ligne (Sage-femme, gynécologue, médecin généraliste...) a pu être renforcé par un **suivi spécialisé en tabacologie** grâce notamment à la **bonne communication entre les différents professionnels**.

De **nombreuses options** ont été proposées aux patientes : substituts nicotiniques, médecine alternative, ateliers ou réunions d'échanges... Cette flexibilité a permis de **s'adapter à chaque patiente** pour favoriser leur engagement vis-à-vis de l'arrêt du tabac.

Certaines patientes ont trouvé le **suivi trop succinct** avec un **manque d'informations** sur les complications et sur la prise en charge du tabac.

La **consommation du tabac a été systématiquement recherchée** par les professionnels de santé mais le suivi n'a pas été proposé à toutes les patientes.

Une différence de suivi a été observée entre les grossesses avec des **professionnels de santé plus impliqués et plus présents** pour la prise en charge du tabac.

2.3. Évaluable

Le caractère évaluable du projet a été étudié en analysant si l'évaluation sous forme d'entretiens était bien acceptée par les femmes ayant consommé du tabac lors de leur grossesse.

Deux patientes ont refusé l'entretien lorsque nous les avons contactées au téléphone pour fixer un rendez-vous. La raison évoquée était **le manque de temps**. Nous n'avons pas pu joindre onze patientes à qui nous avons laissé un message vocal mais qui ne nous ont pas rappelées.

Toutes les autres patientes que nous avons réussi à joindre ont accepté l'entretien téléphonique et plusieurs nous ont fait part d'**une volonté d'aide au projet** « *Je trouve ça très bien ce que vous faites, c'est pour ça si je peux vous aider* » [E2]. Nous avons globalement eu **un retour très positif** de la part des enquêtées « *Quand on m'a appelé vendredi pour me parler de cet entretien et notamment sur le suivi du tabac, je me suis dit ça va pas être utile* » [E11].

La disponibilité des patientes au moment de l'entretien est également un facteur à prendre en compte pour le caractère évaluable du projet. En effet, **le contexte** dans lequel se déroule l'entretien est une donnée importante. Comme nous l'avons vu dans la partie Méthode, nous avons pris en note des informations complémentaires lors de chaque entretien (émotions de la patiente, entourage, contexte) (Figure 3).

La majorité des entretiens se sont déroulés dans le calme, quand le bébé faisait la sieste et souvent le père était présent si besoin « *Il va bien, pas de soucis, là pour l'instant il fait dodo avec son père, on est tranquilles* » [E5]. Une patiente dont le bébé a pleuré quelques instants pendant l'entretien, a cherché ses mots à ce moment-là malgré le fait que son conjoint était présent [E4].

Les modalités d'entretien choisies semblent donc appropriées pour évaluer le projet.

En raison du contexte de l'étude, il n'a pas été possible de recruter des non fumeuses à l'accouchement, prises en charge uniquement par les professionnels de première ligne car celles-ci étaient difficilement identifiables par les professionnels de santé de la maternité d'Arcachon avec qui nous avons travaillé.

Cela peut représenter un frein au caractère évaluable du projet car les patientes ayant arrêté via les professionnels de première ligne n'étaient pas évaluables.

L'évaluation sous forme d'entretiens a été globalement **bien acceptée** par les patientes qui nous ont fait part de leur **volonté d'aide au projet**. Seulement deux patientes ont refusé par **manque de temps**.

Pour chaque entretien, nous avons recueilli **le contexte** de celui-ci.

Les **modalités d'entretien** semblent appropriées pour évaluer le projet.

Nous n'avons pas pu interroger des patientes ayant arrêté via les professionnels de première ligne, en raison des modalités de l'étude.

2.4. Utile

Le critère utile du projet a été étudié en interrogeant le ressenti des patientes, si celles-ci rapportaient une amélioration de leur situation, leur santé, leur bien-être.

Même si l'« utilité » de l'intervention doit être appréciée principalement au regard de la viabilité au cours de l'étude pilote, les données recueillies amènent des éléments concernant l'utilité d'une telle intervention.

Consommation initiale avant grossesse

Toutes les femmes interrogées fumaient avant grossesse, avec des habitudes de consommation différentes allant d'un paquet et demi par jour « *Avant la grossesse c'était un paquet et demi* » [E1] à cinq cigarettes pour d'autres « *Je fumais 4-5 cigarettes mais je ne les fumais pas en entier donc en gros ça correspondait à maximum 3 cigarettes par jour* » [E8].

Malgré le fait que le terme « petite fumeuse » ne soit pas vraiment pertinent, comme nous l'avons vu dans la partie sur le critère faisable (cf freins vis-à-vis de la patiente), beaucoup de patientes se définissent comme telles : « *je suis pas une énorme fumeuse, je suis restée à 5-6 cigarettes par jour* » [E3].

2.4.1. Leviers

2.4.1.1. Modification de la consommation du tabac

A travers les différents entretiens, nous avons remarqué que la plupart des patientes ont modifié leur consommation durant la grossesse. En effet, même si elles n'ont pas toutes arrêté de fumer, on voit qu'elles ont diminué tout au long de la grossesse.

Diminution

Chaque femme ayant des habitudes de consommation différente, nous remarquons différents profils par rapport à la diminution du tabac.

En effet, une majorité de patientes nous a déclaré **avoir diminué immédiatement** lorsqu'elles ont su qu'elles étaient enceintes « *Avant la grossesse je fumais beaucoup plus. Dès l'instant que j'ai su que j'étais enceinte j'ai diminué tout de suite* » [E4]

Le changement s'est ensuite opéré au fur et à mesure de la grossesse. Elles ont **diminué progressivement leur consommation de tabac** « *Alors j'ai pas arrêté mais je fumais de moins en moins [...] donc oui j'ai quand même bien diminué* » [E5]

Par rapport à leur consommation initiale, les patientes nous ont déclarés avoir **diminué de quasiment la moitié** leur consommation de tabac « *j'ai réduit de moitié même plus des fois* » [E7], ce qui est encore plus visible chez les patientes ayant une consommation importante avant la grossesse « *j'étais à plus d'un paquet par jour environ 25 cigarettes par jour et j'ai diminué de moi-même avec l'envie* » [E4].

Plusieurs facteurs ont influencé ce changement de comportement. En effet, une patiente nous a déclaré avoir diminué sa consommation par **manque de temps** « *Non, je suis restée pareil à 5-6 clopes par jour en fin de grossesse. Enfin, pour tout dire, peut-être un peu moins qu'avant la grossesse par manque de temps !* » [E3]. Cependant certaines patientes ont eu des **complications pendant la grossesse** et notamment lors de la diminution du tabac ce qui a entravé la poursuite de leur changement « *quand j'ai diminué vraiment beaucoup, on s'est aperçu que je faisais de la tension et du coup j'ai repris un petit peu* » [E7].

Elles se sentent prêtes à modifier leur consommation de tabac mais il est encore difficile pour les femmes enceintes d'arrêter complètement « *Oui ça été bénéfique, j'aimerais bien arrêter là, même si j'ai plus les patchs je suis restée à 5 donc c'est encourageant. Mais là tout de suite maintenant je me sens pas prête à arrêter totalement...* » [E10].

Arrêt

Malgré la dépendance engendrée par le tabac, plusieurs patientes ont réussi à **arrêter complètement le tabac** au cours de la grossesse « *J'ai arrêté de fumer à la fin de ma grossesse. J'ai diminué progressivement et à la fin j'ai arrêté.* » [E14]. Les patientes ayant arrêté totalement le tabac pendant la grossesse n'avaient pas repris lors de nos entretiens « *quand j'ai accouché de mon fils le 30 janvier j'ai complètement arrêté et là ça fait 2 mois j'ai toujours pas repris* » [E13].

Une patiente a mis en évidence qu'elle avait réussi à **arrêter grâce à l'utilisation des substituts** « *enfin je me suis patché et sur la fin j'ai arrêté de fumer. Quasiment tout le dernier trimestre.* » [E14]. On remarque donc l'efficacité du suivi et notamment des substituts nicotiques.

Concernant le suivi, une patiente nous a fait part de l'expérience d'une amie ayant également accouché à la maternité d'Arcachon qui a réussi à arrêter de fumer à l'aide du suivi proposé « *Moi j'ai une amie qui a accouché 15 jours avant moi à Arcachon aussi, elle s'est faite aider et elle a complètement arrêté de fumer pendant sa grossesse, donc c'est la preuve que ça peut très bien marcher* » [E3]. Ce **retour d'expérience positif** aide les patientes à avoir confiance dans le suivi et les encourage à effectuer cette démarche.

L'arrêt du tabac est une étape difficile pour les fumeurs, mais une fois que cette étape est passée, les patients se sentent mieux. En effet, une patiente nous a exprimé **le bénéfice engendré par l'arrêt du tabac** « *Ça fait plusieurs mois que j'ai arrêté et je me sens bien* » [E12].

2.4.1.2. Changement de comportement vis à vis du tabac

Même si elles n'ont pas modifié leur consommation de tabac, les patientes nous ont fait part d'un changement de comportement vis à vis du tabac.

En effet, si elles n'ont pas réussi à arrêter de fumer, on voit les **efforts consentis** pour changer leurs habitudes et donc diminuer leur consommation. Une patiente explique avoir espacé les cigarettes progressivement pour limiter sa consommation « *j'ai réussi à espacer de plus en plus mes cigarettes dans la journée* » [E5]. De plus, elles n'ont **plus la même vision du tabac** « *pour rien au monde je retouche à cette cochonnerie* » [E12].

Elles ont également **adapté leur comportement vis à vis du tabac pour leur nouveau-né** « *Après on fume à l'extérieur lors qu'avant on fumait dedans. C'est plus pareil, on se lave les mains à chaque fois, on fait plus attention.* » [E4]. Plusieurs patientes ont déclaré qu'elles fumaient en extérieur maintenant « *Je fume dehors à chaque fois* » [E5] ce qui montre une prise de conscience de la toxicité du tabac sur leur enfant.

Ce changement de comportement a également des **répercussions sur l'entourage** des patientes. Une patiente nous a dit qu'elle essayait de motiver son entourage à arrêter également le tabac et notamment grâce à l'utilisation des substituts « *je motive ma famille à le faire vu que c'est remboursé* » [E12]. Cette patiente a réussi à arrêter grâce aux patches.

Une patiente nous a expliqué **l'amélioration de son quotidien** et notamment par rapport au vécu de ses autres enfants vis à vis du tabac « *j'ai eu une bonne expérience, ça m'a aidé à*

arrêter. Et pour rien au monde je recommencerais ! Ça m'a fait réfléchir sur ma consommation, tous les effets positifs à arrêter : ne plus embrasser ses enfants et de pas entendre « maman tu sens pas bon ! » c'est super quoi » [E13]. Nous remarquons dans cet exemple le bénéfice de l'arrêt du tabac par rapport aux réflexions faites par les enfants.

Plusieurs patientes ont également mis en avant l'**aspect financier lié à l'arrêt du tabac** « Y'a aussi l'aspect financier » [E5]. L'augmentation du prix des paquets de cigarettes depuis plusieurs années entraîne une source de dépense importante pour les patientes et donc il y a un réel bénéfice à limiter sa consommation « Oui pour les filles, pour l'hygiène de vie, pour le porte-monnaie faut arrêter c'est bon. » [E14]

2.4.1.3. Bénéfices du suivi ressenti par la patiente

Le suivi proposé par les équipes de la maternité d'Arcachon a été **bénéfique pour les patientes**. Les patientes nous ont expliqué qu'elles n'auraient probablement pas fait la démarche d'arrêter le tabac sans l'aide des professionnels de santé « toute seule, je me serais pas forcément lancée, ça faisait un petit moment que j'y pensais, avant de tomber enceinte, mais c'est dur de se lancer comme ça » [E13]. Une patiente explique clairement que sans l'infirmière tabacologue, elle n'aurait sûrement pas arrêté de fumer « Oui extrêmement parce que sans elle je n'aurais pas pu arrêter » [E12].

Le suivi a permis aux patientes **de changer d'avis sur leur comportement** vis à vis du tabac et donc d'envisager le projet d'arrêter de fumer « Oui parce qu'avant la grossesse je ne voulais pas en entendre parler, je disais jamais j'arrêterai de fumer, j'aimais ma cigarette, je n'avais pas du tout comme projet d'arrêter. » [E12]. Cette patiente a commencé la démarche en début de grossesse et a réussi à arrêter le tabac.

Même lorsque l'arrêt n'a pu être atteint, les patientes ont déclaré avoir ressenti **un réel bénéfice vis à vis du suivi proposé** « Oui ça été bénéfique (...) Et voilà, paradoxalement même si j'ai pas arrêté complètement j'étais hyper motivée, j'ai essayé les patches, certaines lectures qu'on m'avait conseillé ça a pas marché » [E16]. Ça leur a permis de se sentir accompagnées et d'essayer différentes techniques afin de pouvoir arrêter de fumer.

2.4.2. Freins

2.4.2.1. Absence de modification de consommation

Nous avons vu que la majorité des patientes ont modifié leur consommation de tabac durant la grossesse, soit en diminuant soit en arrêtant totalement (cf modification consommation du tabac).

Seule une patiente rapporte ne pas avoir modifié sa consommation « *Vu que je ne fumais déjà pas beaucoup, j'ai pas modifié. C'est les cigarettes que j'ai jamais réussi à enlever* » [E11]. En effet, cette patiente avait refusé le suivi qui lui avait été proposé et ne souhaitait pas modifier sa consommation.

2.4.2.2. Reprise du tabac après l'accouchement

Nous avons pu observer la reprise du tabac en post-partum chez quelques patientes, qui ne représentent pas la majorité de notre échantillon « *J'ai repris à l'accouchement comme avant la grossesse* » [E15]. Sur les patientes qui ont repris, plusieurs ont repris une consommation moindre qu'avant la grossesse mais plus importante que pendant « *Alors, j'ai pas repris les 10 par jour d'avant la grossesse, après c'est un peu en dents de scie, y'a des fois je fume un peu plus, d'autres fois j'arrive à me limiter (...) Mais voilà en moyenne je dois être à 6 ou 7 par jour actuellement* » [E16].

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette reprise du tabac en post-partum :

- La reprise du travail « *Avec la reprise du travail et un bébé à s'occuper je veux pas arrêter de fumer là* » [E15] avec le stress, le changement de rythme que cela peut représenter après les mois de grossesse.
- Les problèmes personnels « *J'ai accouché en pleine période covid, ça a été très stressant, très angoissant. En plus de ça on a vécu une deuxième phase avec le plus grand, qui a été très très compliquée donc non j'ai pas arrêté* » [E16]

Pour la majorité des patientes, le **suivi a été utile** puisqu'il a permis :

- une **modification de la consommation** du tabac : **diminution quasiment de la moitié** de leur consommation initiale avec une diminution immédiate à l'annonce de la grossesse puis au fur et mesure grâce au suivi et pour certaines patientes **arrêt complet du tabac**
- un **changement de comportement** vis à vis du tabac : consommation en extérieur, espacement des cigarettes, motivation de l'entourage pour arrêter de fumer

Les patientes expriment clairement les **bénéfices engendrés par le suivi et ceux liés à l'arrêt du tabac.**

Une seule patiente n'a pas modifié sa consommation du tabac avec une minimisation de sa consommation et un refus du suivi.

Plusieurs patientes ont **repris après l'accouchement** influencés par **la reprise du travail** ou **des problèmes personnels.**

2.5. Faisable

Le caractère faisable du projet a été étudié en recherchant si les femmes ont pu bénéficier du niveau maximum de prise en charge par **la méthode 5A**. Le critère de jugement « faisable » est essentiellement descriptible au travers de la méthode 5A : demander si la patiente est fumeuse (ask), lui conseiller et l'encourager à arrêter (advice), évaluer sa motivation à l'arrêt (assess), la soutenir dans sa démarche d'arrêt (assist) puis organiser son suivi (arrange).

Dans le cas des entretiens réalisés, il est observé que certaines étapes dépendent de la prise en charge en elle-même mais également de **plusieurs facteurs extérieurs**, liés à la patiente et son entourage notamment.

Malgré le fait que les résultats ne soient pas cloisonnés, la majorité des leviers à la faisabilité du projet ont été construits à partir des données de femmes ayant diminué ou arrêté de fumer pendant leur grossesse et la majorité des freins à partir des données de femmes n'ayant pas modifié leur consommation.

2.5.1. Les freins

2.5.1.1. Freins en lien avec la patiente

Perception négative des TSN

La perception des TSN par les patientes était partagée et certaines patientes n'en ont pas utilisé durant leur suivi, malgré la proposition faite par les professionnels de santé. Cette **absence d'utilisation** par les patientes peut être expliquée par plusieurs facteurs.

La majorité des patientes considèrent négativement les gommes et pastilles « *Elle m'a aussi prescrit des gommes, c'est vrai que je ne les ai pas vraiment utilisées* » [E13].

Une **mauvaise expérience** antérieure des TSN peut expliquer les à priori des patientes sur celles-ci « *Je m'en étais déjà servie avant ma grossesse, ça m'avait aidé mais pas tant que ça* » [E7]. Une autre patiente explique qu'elle ne souhaitait pas en utiliser en raison d'effets secondaires « *mais j'en voulais pas (les gommes), j'avais déjà essayé et ça me donne la nausée. J'avais déjà de base de grosses nausées avec la grossesse donc bon* » [E16].

Quelques patientes ont arrêté l'utilisation des patchs à cause de leur **inconfort**. Une patiente a rapporté des réactions cutanées et des brûlures avec sensations de démangeaisons « *je ne les supportais pas, ils me brûlaient la peau* » [E14]. Une autre patiente a abandonné pour un

autre effet indésirable « *Ils se décollaient facilement, c'était plus une contrainte qu'une aide* » [E7].

L'utilisation des TSN pendant la grossesse peut susciter de la peur et de l'**appréhension** pour plusieurs patientes, non ou mal renseignées. Il y avait des inquiétudes quant à l'innocuité de leur utilisation pendant la grossesse « *je voulais pas en entendre parler des patchs et tout ça j'avais un peu peur par rapport à la santé du bébé, parce que mine de rien ça passe quand même dans le sang donc y a une quantité de nicotine qui va au bébé et c'est très mauvais pour le bébé* » [E12]. Une patiente n'a pas utilisé de TSN car une de ses connaissances lui a dit que c'était dangereux pour le bébé « *Je pense que y'avait un peu d'appréhension parce que je m'étais renseignée vite fait auprès de l'infirmière là où je bosse et elle m'avait dit que c'était pas le mieux pendant une grossesse de mettre des patchs* » [E9].

Difficultés à arrêter

Ensuite, un des principaux freins à l'arrêt du tabac liés à la patiente était le **manque de motivation à l'arrêt**, qui a été évoqué par beaucoup d'enquêtées « *J'étais un peu sceptique, moi je ne me voyais pas arrêter de fumer, j'étais pas motivée* » [E14]. Certaines trouvaient ça trop exigeant et compliqué à mettre en place « *Oui mais bon du jour au lendemain arrêter de fumer, arrêter les apéros... On est jeunes donc bon et on est des bons vivants donc c'est compliqué* » [E1].

Comme cité plus bas (cf méthode des 5A), la volonté et le déclic sont des éléments essentiels à la prise de décision de l'arrêt, dans les propos des patientes.

Certaines patientes ne ressentent pas cette envie d'arrêter de fumer « *On s'est dit que ça sert à rien de rappeler une dame qui veut nous aider à arrêter de fumer si on a pas envie d'arrêter de fumer* » [E11].

Les patientes qui ont continué à fumer en étant enceintes, en évoquant un manque de motivation, ressentaient de la **culpabilité** ensuite « *Quand j'y arrivais pas, je culpabilisais en plus, tout ça me rendait triste. J'étais vraiment dans un engrenage* » [E12]. On observe ici tout l'aspect ambivalent du rapport au tabac.

La peur de l'échec a également été un frein à l'arrêt du tabac pour une patiente « *Pour moi déjà, il y avait la peur de l'échec, je vais pas arriver à arrêter, ça me met la pression* » [E16]. En effet, le tabagisme est l'une des « habitudes de vie » le plus souvent citée comme lourde de conséquences pour la santé maternelle et fœtale, c'est pourquoi la pression sociale

exercée sur les femmes enceintes pour qu'elles cessent de fumer est particulièrement forte (53).

L'accompagnement peut être freiné en cas de **refus de suivi** de la patiente, lié à une **volonté d'arrêter seule** « *Comme je vous ai dit je voulais me gérer seule et arrêter sans rien* » [E15]. Cette patiente n'a pas souhaité bénéficier de l'accompagnement par un professionnel de santé. Une perception négative des TSN, jugées inutiles, comme l'explique cette patiente, entrave également l'arrêt du tabac « *J'ai essayé plusieurs fois d'arrêter de fumer par moi-même. Parce que je pense qu'on peut très bien y arriver sans avoir des patchs ou des chewing-gums là* » [E11]. Dans cet exemple, la patiente avait continué à fumer. Nous sommes sur la croyance qu'il ne s'agit pas d'une maladie, mais d'une habitude, et que la volonté suffit à arrêter. Du coup, ne pas arrêter est lié à un manque de volonté et donc devient culpabilisant. Peut-être faut-il en passer par une forme de souffrance pour payer quelque chose... on arrête sans aide...

Dépendance

Un des facteurs essentiels rendant l'arrêt du tabac difficile est **la dépendance** créée par celui-ci. Dans certains cas, les patientes sont clairvoyantes sur leur dépendance et l'expriment « *mais c'est tellement une drogue dure. Beaucoup de personnes ne pourraient pas comprendre. On connaît les complications mais c'est une dépendance* » [E14].

Le geste d'amener la cigarette à sa bouche décrit par cette patiente « *c'est vrai que des fois c'est plus le geste qui manquait* » [E5] montre la dépendance psychologique du tabac et des habitudes de consommation. Certaines cigarettes sont plus difficiles à enlever que d'autres « *Mais ça c'est les cigarettes d'après repas que j'ai jamais réussi à enlever* » [E11]. La cigarette est perçue comme une addiction, une drogue, dont il est difficile de se défaire.

La cigarette est parfois considérée comme une solution pour affronter les problèmes, pour se détendre « *c'est vrai que la cigarette ça détresse, même si c'est psychologique, j'avais besoin de cette détente* » [E16]. C'est également perçu comme un moment de plaisir « *C'est un moment de plaisir pour moi et de détente* » [E15].

Posture de minimisation

La **minimisation de la consommation tabagique** est une difficulté supplémentaire à l'arrêt. Certaines patientes pensent qu'il existe plusieurs catégories de fumeurs et se considèrent

comme « petite fumeuse », comme si cela ne comportait aucun risque « *Après je ne suis pas quelqu'un qui fume énormément* » [E11].

Enfin, les résultats montrent **une minimisation des risques liés au tabac** pendant la grossesse pour plusieurs patientes « *Après moi j'ai fait le choix de ne pas arrêter pendant ma grossesse (...) comme pour ma première grossesse et ils ont eu aucun problème de santé* » [E9]. Dans cet exemple, la patiente s'appuie sur la santé de ses propres enfants comme preuve d'exagération des risques liés au tabac.

2.5.1.2. Freins en lien avec l'entourage

Rôle du conjoint

La plupart des enquêtées s'accordent à dire qu'il est difficile de résister à la cigarette lorsque leur conjoint est lui-même fumeur « *mon mari fume et c'est vrai que c'est un frein, parce qu'essayer d'arrêter quand l'autre fume c'est encore plus difficile* » [E6]. Plusieurs femmes ont regretté que leur conjoint ne fasse pas la démarche d'arrêter ou de diminuer « *si mon conjoint avait arrêté de fumer pendant ma grossesse, ça m'aurait aidé* » [E17].

Ce point souligne l'importance d'**intégrer le conjoint dans la prise en charge du tabac** chez la femme enceinte.

En revanche, une patiente qui avait diminué sa consommation de tabac pendant la grossesse et dont le mari n'avait pas changé sa consommation habituelle, explique « *c'est sûr que ça aide pas mais je trouve que c'est injuste de dire à quelqu'un arrête de fumer parce que moi je vais essayais d'arrêter, c'est pas ma vision personnelle des choses voilà. Je supporterais pas que quelqu'un me dise de faire quelque chose parce que l'autre le fait, ça doit venir de soi-même et non pas d'un tiers.* » [E2]. Pour elle, c'était surtout une démarche personnelle.

La consommation de tabac pendant la grossesse peut aussi être **la source de conflits** au sein d'un couple « *très difficile dans ma vie de couple car mon compagnon me reprochait de fumer, c'était source de conflit* » [E1].

Rôle de l'entourage proche

De même que le conjoint, les proches ont un rôle important dans l'arrêt du tabac. Plusieurs femmes ont rapporté avoir eu **peu de soutien** du côté de leurs proches, tous fumeurs pour la plupart « *Alors moi c'est simple : tout mon entourage fume. Ma famille, mes amis, mon conjoint,*

tout le monde sans exception donc c'est vrai que c'est compliqué. Pas trop de soutien de ce côté-là » [E16].

Le travail peut également influencer les tentatives d'abandon, les rendant plus difficiles selon la routine, les niveaux d'exigence et de stress. Certains **environnements de travail** sont dominés par une culture du tabagisme, dans laquelle fumer, prendre des pauses et socialiser avec des collègues sont interdépendants « *j'allais fumer avec mes collègues c'est notre moment de pause » [E15].*

Les femmes enceintes qui fument se sentent jugées négativement, par leur entourage et de façon plus larges, ont peur du **regard des autres** « *y a toujours ce regard, mon dieu elle est enceinte elle fume, ça on le voit, on se culpabilise davantage » [E1].*

2.5.1.3. Freins en lien avec les professionnels de santé

Si la grande majorité des patientes relate avoir eu affaire à des professionnels de santé impliqués et non jugeant, une patiente rapporte une consultation avec **un professionnel de santé culpabilisant** « *Y'a une consultation où je suis tombée sur une sage-femme que j'ai vu qu'une fois et qui a beaucoup insisté sur le fait que je fumais et ça m'a énormément fait culpabiliser...j'étais pas bien après. Je l'ai vu juste pour une écho et je suis sortie je culpabilisais à mort. Elle a beaucoup insisté sur le sujet » [E10].*

Nous observons donc qu'il est important d'aborder la question du tabac et d'orienter les patientes, sans toutefois que la patiente se sente jugée de façon négative. La juste posture est difficile à appréhender pour le professionnel de santé, car le ressenti dépend des patientes. Une autre patiente nous a rapporté « *La déculpabilisation c'est à double tranchant : oui ça déculpabilise mais ça nous motive pas à faire plus. Bon après c'est pareil, c'est moi hein » [E2].*

Plusieurs femmes enceintes ont reproché **un manque d'informations sur les complications** potentielles liées au tabac « *faire peur, montrer ce que ça peut faire au bébé, ce que ça peut réellement engendrer, ça peut donner un déclic à certaines je crois. On le sait inconsciemment c'est clair mais c'est pas pareil de se l'entendre dire » [E2].* Une autre patiente explique « *J'aurais aimé avoir plus d'informations dès le début » [E8].*

Enfin, on observe quelques patientes ayant rapporté **un manque de prise en charge des problèmes pouvant interférer avec l'arrêt du tabac**. Dans un cas, la femme enceinte était en conflit avec son employeur durant sa grossesse « *le tabac je n'ai pas arrêté, c'est qu'il y avait quelque chose à côté* » [E8].

Dans un autre cas, le conjoint était fumeur et aucune prise en charge ne lui a été proposée. Or, nous avons vu plus haut (cf rôle du conjoint), l'importance d'intégrer le conjoint dans la prise en charge du tabac chez la femme enceinte « *lui il a fait ses propres rendez-vous de son côté avec une autre tabacologue à l'hôpital pareil, il a pris l'initiative de lui-même, ma sage-femme ne lui a pas proposé ça n'a pas été abordé en consultation, c'est dommage* » [E13].

2.5.2. Les leviers

Les femmes enceintes ont pu bénéficier de la prise en charge par la méthode 5A pour l'arrêt du tabac. En effet, on remarque à travers les propos des différentes patientes que les 5 étapes ont été utilisées.

2.5.2.1. La méthode des 5A

« Ask » : Repérage de la consommation du tabac

Tout d'abord, **le statut tabagique des femmes** en début de grossesse a été recherché. Les professionnels de santé ont demandé à leurs patientes si elles étaient fumeuses « *On m'a demandé si je fumais. On m'en a parlé dès le début de grossesse* » [E15]. La question du tabac a été abordée le plus souvent lors de la consultation du début de grossesse, au premier trimestre « *Lors d'un rendez-vous de suivi pour ma grossesse, je crois lors du premier, on m'a demandé si je fumais.* » [E17]. Le fait d'aborder cette question dès le début de grossesse permet une prise en charge précoce et donc de diminuer au maximum les risques liés au tabac pendant la grossesse.

La recherche du statut tabagique des femmes devrait être recherchée avant la grossesse. En effet, plusieurs patientes ont déclaré qu'il serait souhaitable **d'anticiper le sevrage tabagique dès le désir de grossesse** « *Je pense qu'il faudrait plutôt aider les femmes qui ont envie d'avoir un bébé, d'arrêter avant. Il faudrait que dès qu'on a envie d'avoir un enfant, il faudrait prendre en charge les futures mamans et les aider* » [E7]. Elles mettent en avant les difficultés du début de grossesse à gérer en même temps que l'arrêt du tabac « *c'est plus un suivi avant grossesse qu'il faut faire. Expliquer aux femmes que du moment qu'elles décident d'avoir un*

enfant, ça serait bien d'arrêter avant. Parce que pendant la grossesse après c'est compliqué, surtout la première qui est stressante » [E6].

« Advice » : Conseils et encouragements

La deuxième étape de la méthode des 5A consiste à conseiller et encourager les patientes. En effet, il est important de conseiller les patientes sur l'arrêt du tabac, la prise en charge pendant la grossesse, de les encourager dans leur démarche mais aussi de leur donner des informations claires concernant les risques liés au tabac.

Les patientes expriment les difficultés d'arrêt du tabac vis à vis de la dépendance engendrée (cf dépendance) et mettent en avant **le besoin d'un déclic** pour commencer la prise en charge « *Tant qu'on n'est pas prêt dans la tête, on trouve ça intéressant mais ça nous passe. Je généralise peut-être un peu mais il faut le déclic pour mettre des choses en place* » [E11]. Une patiente relate que l'infirmière tabacologue lui a justement permis de franchir ce cap et d'avoir le déclic nécessaire « *Elle m'a aidé à passer le cap* » [E12].

Mais ce déclic passe le plus souvent par la mise en avant des **complications liées au tabac** pour leur bébé « *ça m'a fait réfléchir et c'est vrai que c'est sûrement ça qui m'a aidé à diminuer beaucoup* » [E7].

Une patiente expliquait connaître les complications via différentes sources d'informations mais le fait qu'elles soient **expliquées par le corps médical** permet d'avoir plus de poids « *c'est vrai qu'on a plus le déclic quand c'est quelqu'un de physique qui nous le dit* » [E17].

Une patiente a exprimé clairement la nécessité de mettre en avant les complications afin de faire réfléchir les patientes dès le début de grossesse et donc de générer ce déclic souvent nécessaire pour débiter une prise en charge pour l'arrêt du tabac « *Peut-être faire peur, montrer ce que ça peut faire au bébé, ce que ça peut réellement engendrer, ça peut donner un déclic à certains je crois. Je pense qu'en début de grossesse ça peut être intéressant d'en parler, au moins d'évoquer les complications* » [E2].

On remarque à travers les différents entretiens que les risques sont exposés aux patientes « *on m'a dit que je pouvais accoucher prématurément, d'un petit bébé, qu'il pouvait être dépendant et plein de choses comme ça. Que j'avais des risques de mort subite du nourrisson* » [E7]. Les professionnels de santé **expliquent les complications dès le début de grossesse.**

Concernant les substituts nicotiques, ils ont été proposés aux patientes dès le début du suivi « *au début de ma grossesse, on m'a proposé les patchs* » [E15]. La **proposition des substituts** émane de tous les professionnels de santé que ce soit de la part du gynécologue « *c'est mon gynéco qui m'a proposé les patchs avec les pastilles* » [E5], des sages-femmes « *ma sage-femme m'a bien aidé aussi, c'est elle qui m'a prescrit les patchs et gommes* » [E10], du médecin généraliste « *c'était mon médecin traitant qui m'avait prescrit ça. Il m'avait donné des patchs* » [E7] mais également de l'infirmière tabacologue « *il me semble qu'elle m'a parlé assez rapidement des patchs* » [E14]. Tous les professionnels de santé sont donc impliqués dans la prise en charge du tabac pendant la grossesse.

Pour permettre un suivi optimal, il faut que les conseils et la prise en charge soient **adaptés à la personnalité de chaque patiente** « *Chaque personne est différente, c'est compliqué de donner des conseils pour les autres. Il faut que ce soit adapté à chaque personne* » [E12]. Le discours des professionnels de santé doit également permettre de favoriser l'adhésion au projet « *c'est un tout mais son discours a fait que j'étais convaincue dès le premier rendez-vous* » [E14]. **Un discours adapté auquel la patiente adhère** favorise le suivi et potentiellement l'arrêt du tabac.

« Assess » : Évaluation de la motivation

Après avoir conseillé, informé les patientes de l'intérêt d'arrêter de fumer, il faut évaluer leur motivation.

Pour cela, les professionnels de santé **interrogent les patientes à chaque consultation sur leur consommation de tabac** « *voilà il m'en parlait, il me demandait à chaque RDV de suivi tous les mois où j'en étais de ma consommation tabac* » [E9], « *le gynécologue m'en parlait à chaque fois, il me demandait le nombre de cigarettes que je fumais à chaque rendez-vous* » [E4]. Les patientes relatent que les professionnels recherchaient le souhait des patientes concernant la suite de la prise en charge « *Elle me posait des questions à chaque consultation pour savoir si j'avais diminué, si je voulais arrêter, si j'avais pas augmenté* » [E2]. Parallèlement à cette évaluation de la motivation, les professionnels ont réalisé un renforcement positif des patientes afin de les aider à poursuivre leur effort « *Alors elle m'en parlait à chaque consultation, elle me demandait à combien j'en étais. Elle me disait que j'avais diminué et que c'était déjà pas mal.* » [E8].

On observe donc que les professionnels ont un rôle d'écoute par rapport aux difficultés de la patiente, ses besoins, en quoi le tabac peut être arrêté, diminué, substitué.

Concernant la motivation, plusieurs patientes ont expliqué que **l'allaitement était une motivation supplémentaire pour arrêter de fumer** « *j'avais la motivation extrême de vouloir allaiter et d'arrêter de fumer parce que j'étais enceinte* » [E12]. Il faut donc rechercher la source de motivation supplémentaire pour soutenir au maximum les patientes dans leur démarche.

« Assist » : Soutien

Le soutien dans la démarche de l'arrêt du tabac est une étape clé de la prise en charge. Il repose sur une posture adaptée de la part des professionnels qui est non culpabilisante (nous avons fait le choix de le développer dans la partie sur l'accessibilité du projet).

La mise en place d'objectifs entre patientes et professionnels de santé

A travers les différents entretiens, on remarque que le soutien s'est surtout organisé autour de la **mise en place d'objectifs** entre les patientes et les professionnels de santé « *C'est vrai qu'on s'était fixés des objectifs que j'ai atteints. On se fixe des objectifs, on les atteint c'est bien, on les atteint pas c'est pas grave on a essayé* » [E2]. Ceci permet d'accompagner les patientes et d'avoir une ligne directrice pour l'arrêt du tabac. La mise en place d'objectifs permet également de changer ses habitudes progressivement « *elle me donnait à chaque fois des challenges par exemple d'enlever la clope de 10h puis celle de 4h etc* » [E14].

Cependant, il faut faire attention à ne **pas mettre des objectifs trop difficiles à atteindre** pour les patientes ce qui pourrait engendrer une pression supplémentaire et nuire sur leur motivation « *pas d'objectif irréalisable pour pas trop me mettre la pression, pas se frustrer, on réadapte si besoin, c'était top.* » [E16].

Une patiente a justement expliqué qu'elle a refusé un des objectifs proposés par l'infirmière tabacologue « *je me rappelle que sur la fin il m'en restait qu'une, j'en fumais qu'une le soir, elle voulait me l'enlever et puis là je lui ai dit non c'est bon là j'ai fait un bon chemin, celle la faut me la laisser et puis si je la fume plus tant mieux et sinon tant pis* » [E14]. Finalement, la patiente a réussi cet objectif proposé par l'infirmière.

Lorsque l'objectif était atteint, cela permettait aux professionnels de santé de **féliciter les patientes** et de les aider à poursuivre leurs efforts « *Elle était toujours là pour me rassurer et me motiver à continuer mes efforts* » [E15]. Une patiente a déclaré attendre l'appel de l'infirmière chaque mois pour lui dire les efforts réalisés « *J'attendais l'appel tous les mois pour lui dire oui c'est bon j'ai enlevé une clope et puis à chaque fois c'était les encouragements, les*

félicitations » [E14]. Elle a comparé cette démarche à une prise en charge avec une diététicienne pour la perte de poids « *vous savez c'est comme quand on est suivi par un diététicien, on sait qu'on va être pesé donc on a des comptes à rendre* » [E14].

Parfois l'objectif n'a pas été atteint ce qui peut affecter les patientes. Les professionnels de santé ont donc un **rôle de réassurance** à ce moment-là et de soutien « *Je sais qu'une ou deux fois j'avais craqué j'avais fumé un peu plus, je n'étais pas au top du moral, au contraire elle m'a pas enfoncé, elle m'a pas jugé.* » [E14].

Certaines patientes expliquent avoir mis en place des objectifs seules « *Je me fixais des objectifs par jour. Je me fixais des limites et ça a bien marché.* » [E7] ce qui leur a permis d'avancer à leur rythme et de se gérer dans leur sevrage tabagique.

Cependant, une patiente n'a pas bénéficié de ce type de prise en charge et a regretté de n'avoir pas eu d'objectifs pour l'aider à arrêter de fumer « *Qu'on me fixe des objectifs, qu'on me donne des rendez-vous.* » [E17].

L'évaluation de l'efficacité et de la tolérance des substituts :

L'étape de soutien consiste également à évaluer l'efficacité et la tolérance des substituts nicotiques.

Pour une meilleure acceptabilité des substituts de la part des patientes, il semble important **d'évaluer la tolérance et d'adapter le dosage** afin de limiter au maximum les effets indésirables « *avec le nouveau traitement par Levothyrox j'avais de grosses migraines donc avec le surdosage avec les patchs on s'est vite aperçu que ce n'était pas bon* » [E14]. Dans cet exemple, le dosage a rapidement été modifié ce qui a permis d'enlever les effets indésirables.

A l'inverse, une patiente a déclaré avoir eu directement le bon dosage pour les patchs ce qui a facilité l'observance et donc la réussite pour l'arrêt du tabac « *en tout cas elle a trouvé les dosages parfaits. C'était vraiment parfait. Ça été parfait et rapide* » [E12]. En effet, cette patiente a réussi à arrêter de fumer très rapidement en 3 semaines « *ça a marché en 3 semaines ça été très très rapide* » [E12].

L'utilisation des substituts est une aide précieuse dans le sevrage tabagique que ce soit les patchs « *Toute seule je n'y arrivais pas mais après dès que j'ai eu les patchs qu'elle m'a prescrits ça m'a beaucoup aidé* » [E12] ou les gommes « *Oui oui, quand j'avais envie d'une cigarette je prenais une pastille et ça me passait bien l'envie* » [E5]. Les patientes nous ont

expliqués que c'était une aide pour initier l'arrêt « *les patchs ça m'a aidé à réduire et puis après je sentais que j'y arrivais toute seule* » [E13].

« Arrange » : Organisation du suivi

La dernière étape de la démarche des 5A concerne l'organisation du suivi de l'aide au sevrage tabagique. Cette étape a été développée dans le critère adapté.

2.5.2.2. L'entourage

En dehors de l'utilisation de la méthode des 5A, un autre levier se dégage pour la faisabilité du projet. En effet, l'entourage a un rôle important dans cette démarche d'arrêt du tabac.

Les patientes, qui ont réalisé cette **prise en charge avec leur conjoint**, témoignent du soutien que cette prise en charge conjointe a généré « *Mon conjoint fume également et il a essayé d'arrêter pendant ma grossesse, même si ça a marché bof c'était un soutien* » [E13]. Cette prise en charge conjointe passe également par l'utilisation des substituts nicotiques afin de modifier leur consommation « *mon conjoint fume mais ça a pas vraiment été un frein parce que lui aussi a accepté de mettre les patchs, alors lui c'était à 21 je crois, moi c'était 14. C'est ma sage-femme qui m'a demandé dès le début s'il fumait et elle lui a prescrit des patchs* » [E10].

Cependant même avec le conjoint, il n'est pas toujours facile d'arrêter le tabac, mais les patientes déclarent malgré tout que cette prise en charge est plus motivante « *Ouais alors mon conjoint fume. Au début de la grossesse avec mon conjoint on s'était dit « bon on arrête de fumer » et puis les paquets de tabac étaient toujours là, donc on s'est jamais vraiment détachés quoi. Mais je pense oui, si on avait arrêté à 2 c'est plus motivant.* » [E3]

Le père doit faire partie intégrante de la prise en charge du tabac chez les femmes enceintes. Plusieurs patientes ont déclaré qu'il était important **d'impliquer le père dans le suivi** « *Oui il faut qu'il soit impliqué. Il faut qu'il soutienne au maximum* » [E8].

Le **soutien de l'entourage** et notamment des parents permet également de renforcer cette démarche « *dans mon entourage on me disait que c'était bien d'avoir fait la démarche* » [E1]. Pour une patiente, le suivi a été initié par la belle-mère qui lui a parlé du service de tabacologie sur l'hôpital d'Arcachon « *ma belle-mère qui travaille en pédiatrie, la maman de mon compagnon* » [E12]. On remarque l'implication de toute la famille pour l'arrêt du tabac.

La faisabilité du projet repose principalement sur la démarche des 5A de la part des professionnels de santé mais aussi sur un entourage bienveillant pour la patiente.

FREINS

- Une **perception négative** des TSN en raison de **mauvaises expériences** antérieures explique leur absence d'utilisation. Plusieurs enquêtées nous ont parlé d'un **manque de motivation**. La **peur de l'échec** est une difficulté anticipée à l'arrêt du tabac.
- L'accompagnement peut être freiné en cas de **refus de suivi**.
- Le tabac crée une **dépendance**, il apaise les moments de **stress** et d'angoisse.
- Certaines enquêtées adoptent une **posture de minimisation**.
- Un **conjoint fumeur** est un frein à l'arrêt du tabac.
- Certains **environnements de travail** peuvent influencer les tentatives d'abandon, les rendant plus difficiles.
- Plusieurs femmes ont reproché un **manque d'informations** sur les complications potentielles liées au tabac et un **manque de prise en charge des problèmes pouvant interférer avec l'arrêt du tabac**.

LEVIERS

Les enquêtées ont bénéficié de la prise en charge par **la méthode 5A** pour l'arrêt du tabac :

"Ask" : repérage de la consommation de tabac

Le **statut tabagique** en début de grossesse a été recherché, pour une **prise en charge précoce**.

"Advice" : conseil et encouragement

Les enquêtées ont reçu des **conseils** et des **informations claires**. Les différentes **aides possibles** ont été évoquées afin de renforcer la confiance dans les chances d'arriver à arrêter. Le **décllic** nécessaire à l'arrêt peut passer par la mise en avant des complications liées au tabac.

Il est important de **défaire les idées reçues** sur les TSN. Ces derniers ont été **proposés systématiquement**.

"Assess" : évaluation

Il faut réaliser à la fois une évaluation de la **motivation à l'arrêt**.

Les professionnels de santé ont interrogé les patientes à chaque consultation sur leur consommation tabagique en recherchant la quantité consommée, la place de l'usage dans la gestion du stress, les éventuelles autres addictions.

La motivation a également été évaluée fréquemment.

Ils ont réalisé un **renforcement positif** des patientes pour qu'elles poursuivent leur effort.

"Assist" : soutien

Il faut **accompagner** les patientes par rapport aux aides qui permettent de diminuer l'envie de fumer et gérer les envies restantes. Le soutien passe par la **mise en place d'objectifs** entre les patientes et les professionnels de santé.

"Arrange" : organisation du suivi

Cette étape a été développée dans le critère Adapté.

La faisabilité du projet repose sur la démarche des 5A mais aussi sur **un entourage bienveillant**

DISCUSSION

1. LES FORCES DE L'ÉTUDE

1.1. Choix d'une méthode qualitative

Le choix de la méthode qualitative a été dicté par notre question de recherche car cette méthode permet d'avoir une vision globale du projet et de pouvoir étudier les différents domaines de la viabilité.

L'entretien semi-directif permet d'étudier un phénomène tout en laissant une certaine liberté entre la patiente et l'enquêteur ce qui permet de faire émerger de nouvelles hypothèses. Ce type d'entretien est structuré grâce aux questions préparées à l'avance (51).

Les questions de notre guide d'entretien n'ont pas été abordées dans le même ordre. En effet, nous nous sommes adaptées à chaque patiente en fonction de ses réponses pour qu'elle puisse exprimer au mieux son ressenti sans se sentir restreint à un sujet. Chaque thésarde a utilisé le guide afin de relancer l'interviewée si nécessaire et pour vérifier que chaque domaine de la viabilité était abordé.

Nous avons utilisé des questions ouvertes afin de laisser la possibilité aux patientes de répondre comme elles le souhaitaient, sans avoir à choisir parmi des réponses préétablies (52).

La grille d'entretien a été testée en amont des entretiens par les deux thésardes avec l'aide de deux chargés de projet du pilote 5A-QUIT-N au sein du SSMIP.

1.2. Triangulations

Dans notre étude, plusieurs triangulations ont été réalisées (54).

En effet, nous avons réalisé une triangulation des chercheurs en codant chacune plusieurs verbatims de l'autre enquêtrice. Ce double codage a permis de limiter le biais d'interprétation.

La triangulation des données, c'est-à-dire le recueil de données à différents lieux, moments et auprès de différentes personnes, a également été réalisée et permet d'améliorer la validité de l'étude.

La triangulation écologique n'a cependant pas été réalisée puisque nous n'avons pas fait de retour sur les résultats aux différentes participantes.

Pour évaluer la qualité de notre étude, nous avons utilisé la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research). Ce sont des outils prévus pour les rapports de recherche qualitative avec une check-list de 32 items (55).

1.3. Saturation des données

Lors d'une étude qualitative, le nombre de sujets nécessaires ne peut être calculé au préalable. Il dépend de la saturation des données c'est-à-dire lorsqu'un entretien n'apporte pas de nouvelles données (51).

La saturation des données est objectivée après retranscriptions et codages de chaque entretien un-à-un.

Étant donné que nous étions deux enquêtrices, nous avons retranscrit, codé et envoyé l'entretien à l'autre thésarde avant la réalisation de l'entretien suivant afin de réaliser la saturation des données de manière optimale.

Nous avons obtenu la saturation des données au terme de 17 entretiens.

2. LES LIMITES DE L'ÉTUDE

2.1. Limites liées à la méthode

2.1.1. *Mode de recrutement*

En qualitatif, le souci n'est pas tant la représentativité de l'échantillon que sa diversité.

Il nous manquait des informations sur plusieurs caractéristiques concernant les patientes interrogées : âge, profession, niveau socio-économique, niveau d'études, etc.

Nous avons choisi de ne pas demander ces informations aux patientes pour leur permettre de s'exprimer plus librement sans se sentir jugées. Même si une attitude bienveillante, empathique et neutre a été adoptée, en demandant la profession ou le niveau d'études, il peut exister un biais social et culturel (importance du milieu socio-culturel, socio-professionnel dans le développement d'un langage spécifique) qui peut ne pas être conscientisé par l'enquêtrice (56).

Or, les études préalables montrent que ce sont des données importantes à prendre en compte : le tabac est un marqueur de vulnérabilité lié à une association plus fréquente avec d'autres addictions, des difficultés sociales (57) (58).

Concernant notre mode de recrutement par échantillonnage volontaire, il y a un biais puisque seules les enquêtées qui se soucient assez fortement d'une façon ou d'une autre de la question du tabac pendant la grossesse ont tendance à y répondre. La majorité silencieuse n'y répond généralement pas, ce qui entraîne un biais sur le plan de la sélection.

En effet, nous avons interrogé uniquement des patientes qui ont accepté de laisser leurs coordonnées téléphoniques à la maternité pour que nous les contactions par la suite.

En outre, il existe un biais de recrutement du fait que ce soient les sages-femmes de la maternité et l'IDE tabacologue qui aient recruté les patientes. En effet, sur nos 17 patientes interrogées, 7 ont été suivies par la tabacologue.

Certains paramètres de la diversité ne sont pas présents dans notre échantillon. Par exemple, aucune femme n'a été suivie par son médecin traitant ou en Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

2.1.2. Biais de mémoire

Bien que les questions aient été réfléchies afin de recueillir des propos au plus proche de la réalité, un biais de désirabilité sociale, c'est-à-dire un comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé, ne peut être exclu (56).

Cela s'explique par la mise en confiance, la motivation provoquée par la valorisation liée au fait d'être sujet d'intérêt.

Pour les femmes multipares, lorsque nous avons posé la question de l'éventuelle différence de prise en charge entre leur grossesse actuelle et leurs précédentes, toutes nous ont rapporté avoir été mieux suivies lors de leur dernière.

2.1.3. Biais lié au contexte sanitaire

Etant donné le contexte sanitaire actuel dû au Covid, nous avons réalisé tous nos entretiens par téléphone. Il nous manquait des informations complémentaires notamment sur la communication non verbale lors de chaque entretien. Afin d'essayer de limiter cela, nous avons pris note pour chaque patiente des informations complémentaires de l'entretien (émotions de la patiente, entourage, contexte).

Les entretiens ont duré en moyenne 18 minutes, ce qui est relativement court. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette courte durée s'explique d'une part par le public interrogé, les femmes ayant peu de temps libre en post-partum et d'autre part par la modalité téléphonique.

En effet, les entretiens semi-directifs peuvent durer environ d'une à deux heures en face à face et de 20 à 30 minutes au téléphone (59).

2.2. Limites sur la méthode d'évaluation

Lors de l'analyse des résultats, il a été parfois complexe de trancher sur l'appartenance des thématiques à certains critères de viabilité.

En outre, il a parfois été difficile de comprendre les nuances entre ce qui relevait d'un domaine de viabilité ou d'un autre. Il en résulte une asymétrie entre nos différentes parties de résultats. Ces limites sont liées au fait que la viabilité est une méthode innovante d'évaluation, qui reste à préciser pour certains points. En effet, l'évaluation de la viabilité fait l'objet d'une thèse de science menée avec le SSMIP afin d'éclaircir les limites évoquées ci-dessus.

2.3. Limites liées aux enquêtrices

La réalisation d'entretiens semi-directifs impose de trouver un équilibre pour laisser les enquêtées s'exprimer librement sans pour autant s'éloigner de nos questions de recherche. La ligne directrice de l'analyse est fournie par les interrogations soulevées par le chercheur et par les relances cherchant à recentrer l'entretien sur les objectifs de la recherche.

Nous avons trouvé qu'il était parfois difficile de relancer les patientes lors des entretiens sans justement sortir des objectifs de notre recherche.

Il était également parfois difficile de rester totalement neutre, notamment lors d'un entretien où une femme interrogée nous a rapporté qu'une de ses proches, infirmière de profession, lui avait déconseillé l'utilisation des TSN pendant la grossesse.

Notre guide d'entretien comportait une majorité de questions ouvertes pour permettre aux patientes de s'exprimer librement (52). Cependant, nous avons remarqué que ce genre de questions pouvait entraîner une lassitude, un comportement d'évitement de la part des enquêtées pour certaines questions et qu'il était parfois difficile de relancer le débat.

C'est un réel exercice que d'écrire des résultats et une discussion en recherche qualitative, sans jamais avoir réalisé d'étude similaire auparavant. Ces difficultés ont finalement été très formatrices pour nous, ce qui nous a permis de progresser.

Pour acquérir les outils nécessaires à la réalisation d'une étude qualitative et limiter au maximum les biais liés à notre manque d'expérience, nous avons participé à trois ateliers de

formation en visio de juin à octobre 2020 organisés en interne au sein de l'équipe de recherche et d'évaluation Université/SSMIP-CHU sur les méthodes d'évaluation qualitatives.

L'intervenante, Judith MARTIN-FERNANDEZ est ingénieure de recherche à l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) de Bordeaux.

Le premier atelier portait sur une présentation générale des méthodes qualitatives, le deuxième sur l'observation et le troisième sur l'analyse.

3. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

3.1. Facteurs associés à la réussite

Suivi adapté à la grossesse

Le suivi mis en place par la maternité d'Arcachon pour la prise en charge du tabac pendant la grossesse s'intègre dans le suivi de routine initialement prévu.

En effet, pour la majorité des patientes le suivi était adapté et n'a pas entraîné de contraintes supplémentaires. Le suivi a été régulier avec en moyenne des rendez-vous tous les quinze jours ou une fois par mois afin de faciliter l'observance.

Le suivi a été initié de manière précoce par les gynécologues ou les sages-femmes dès le premier trimestre de grossesse. Ceci est en accord avec les recommandations émises par l'Afssaps en 2003 qui préconise un arrêt complet du tabac chez les femmes enceintes le plus tôt possible et donc une prise en charge précoce (6).

Le recours à une consultation dédiée pour la prise en charge du tabac est parfois difficile en raison d'inégalités géographiques (60). La possibilité d'avoir un suivi spécialisé en tabacologie via la maternité d'Arcachon a permis une meilleure prise en charge du tabac chez les femmes enceintes. Les patientes ont mis en évidence cette proximité avec le pôle santé et donc l'absence de difficultés pour leur suivi. Certaines patientes ont bénéficié de rendez-vous téléphoniques avec l'IDE tabacologue. Cela permet de résoudre les délais de rendez-vous et l'éloignement géographique. Ceci est un élément majeur pour l'accessibilité au projet 5A-QUIT-N.

Prise en charge par l'Assurance Maladie

Un autre élément important concernant l'accessibilité au projet est la prise en charge des consultations médicales par l'Assurance Maladie et le remboursement des substituts nicotiques. Les femmes déclarent avoir utilisé les substituts devant l'absence de coût

supplémentaire à l'inverse des médecines alternatives qui sont le plus souvent onéreuses. Depuis le 1^{er} janvier 2019, les traitements nicotiques de substitution sont remboursés sur prescription et le forfait d'aide au sevrage de 150 euros par an n'existe plus. Le recours à ces traitements est en augmentation suite à l'évolution de ces modalités de remboursement (61).

La méthode des 5A

L'intervention des professionnels de santé auprès des femmes enceintes a été réalisée autour de la méthode des 5A.

En effet, toutes les patientes de notre étude ont déclaré avoir été interrogées sur leur statut tabagique en début de grossesse par leur sage-femme ou gynécologue. La demande du statut tabagique correspond à la première étape de la démarche 5A.

Ensuite, il est important de donner des conseils sur l'arrêt du tabac et d'expliquer les risques engendrés pour la femme et le fœtus. Cette démarche correspond à la deuxième étape.

Hormis une patiente qui n'a bénéficié d'aucun suivi, toutes les autres patientes ont eu des informations concernant l'arrêt du tabac et sur les différentes options qui s'offraient à elles.

Si les conseils sur l'arrêt du tabac sont réalisés par l'ensemble des professionnels, ce n'est pas le cas pour les risques encourus liés au tabac pendant la grossesse.

En effet, seulement 3 patientes ont déclaré avoir eu ce type d'informations au cours de leur grossesse et plusieurs patientes ont mis en évidence ce manque de connaissance et d'explication. Il semble donc important de renforcer les explications concernant les complications engendrées par le tabac que ce soit sur la grossesse, le fœtus et le nouveau-né.

Toutefois, le juste milieu est difficile à trouver entre informer la patiente en lui exposant les complications liées au tabac sans lui faire peur et la braquer car la culpabilité peut les amener à mettre en place des processus défensifs qui mettent à distance l'arrêt, ce qui serait contre-productif.

Dans notre étude, les femmes fumeuses sont ambivalentes avec d'une part une volonté d'arrêt devant les conséquences pour leur futur enfant et d'autre part, l'addiction et les bénéfices ressentis du tabac (anxiolytiques pour la plupart). La nicotine est la substance psychoactive responsable de l'addiction au tabac et de la dépendance physique mais il existe aussi une dépendance psychologique, avec des habitudes de consommation (58).

Les fumeurs mettent en avant la volonté et le déclic comme des éléments essentiels à la prise de décision pour l'arrêt du tabac, ainsi que pour sa réalisation. Bien qu'ils soient des leviers à l'arrêt, nous savons que sur le plan addictologique, ils sont insuffisants lorsqu'ils sont mobilisés seuls. Il convient alors de renforcer la confiance dans les chances d'y arriver en exposant l'ensemble des aides disponibles et efficaces et en diminuant l'envie de fumer grâce à des traitements addictolytiques.

Néanmoins on observe que les fumeurs préfèrent arrêter de fumer seuls. Ceci est mis en évidence dans plusieurs études et notamment dans un article de Kylie Morphett et al, où l'arrêt sans aide a souvent été décrit comme la méthode la plus utilisée par les fumeurs (62). C'est ce qui ressort également dans notre étude car plusieurs patientes ont exprimé cette volonté d'arrêter seule sans aide. Cette démarche gratuite n'engendre pas d'effets indésirables et donne un sentiment d'autosatisfaction. Toutefois, notre étude met en évidence que cette volonté est parfois insuffisante pour réussir leur objectif ce qui entraîne le plus souvent un sentiment de culpabilité.

L'addiction au tabac favorise cette culpabilité des patientes avec une image « de mauvaise mère » (63). Il faut donc développer, de la part des professionnels de santé, un accompagnement avec une attitude empathique, encourageante. En effet, la majorité des patientes ont mis en évidence ces qualités de la part des professionnels de santé de la maternité d'Arcachon. Ils ont été disponibles, à l'écoute et sans jugement, ce qui a été une aide précieuse pour la prise en charge du tabac et un soutien dans cette démarche.

Après avoir donné des informations claires aux patientes, il est nécessaire d'évaluer l'usage en questionnant la patiente sur la quantité consommée, à chaque consultation, ainsi que la place de la cigarette dans la gestion du stress et les éventuelles autres addictions. 16 patientes sur les 17 interviewés ont été questionnées lors de chaque consultation de suivi sur leur consommation et ont pu discuter avec les professionnels de santé sur leurs objectifs concernant le tabac.

La quatrième étape de la démarche 5A consiste à soutenir les patientes et proposer une stratégie de sevrage. Le soutien s'est organisé avec la mise en place d'objectifs et un renforcement positif de la part des professionnels vis-à-vis de ces objectifs. L'accompagnement par un professionnel de santé est un des facteurs clés pour arrêter de fumer (48). Sans accompagnement, la majorité des fumeurs n'arrive pas à arrêter. Les patientes ont besoin de réassurance et d'écoute tout au long de leur suivi pour favoriser l'arrêt du tabac ce qui correspond à une psychothérapie de soutien. L'entretien motivationnel avec

notamment une démarche des 5A est associée à un arrêt du tabac significativement plus élevé par rapport aux patientes ne bénéficiant que d'un conseil court ou d'aucun conseil concernant le tabac. C'est ce qui est mis en évidence sur une méta analyse sur 28 études publiées en 1997 et 2004 (64).

La stratégie de sevrage passe par la possibilité d'offrir plusieurs options aux patientes et donc de s'adapter à chacune.

Les substituts nicotiques ont été proposés aux patientes dans notre étude mais seulement 7 sur 17 les ont utilisés. Concernant les patientes ayant arrêté de fumer, elles ont utilisé à un moment donné de leur grossesse les substituts. Ils sont donc une aide supplémentaire pour aider au sevrage tabagique mais pourraient être davantage prescrits et utilisés. Les Traitements Nicotiques Substitutifs (TSN) sont autorisés chez la femme enceinte depuis 1997 (65) mais les professionnels de santé restent incertains en ce qui concerne leur efficacité pendant la grossesse et sur l'absence d'effets indésirables (66).

Cependant, une revue de littérature de 2015 regroupant 8 études met en évidence un effet statistiquement significatif de l'utilisation des substituts nicotiques par rapport au placebo ou d'autres techniques. Cette revue de la littérature s'est intéressée aux essais contrôlés randomisés comparant l'utilisation des différents traitements d'aide au sevrage tabagique (substituts nicotiques, e-cigarette, autres thérapeutiques, buprobion...) (26).

La recherche suggère que la réduction du tabagisme avec les TSN n'entraîne pas le même tabagisme compensatoire que la diminution du nombre de cigarettes sans substitution. Les TSN représentent donc une étape importante et les femmes qui réduisent leur tabagisme pendant la grossesse devraient être encouragées à le faire avec les TSN ou d'autres dispositifs contenant de la nicotine (67).

Concernant les effets indésirables des substituts nicotiques, une thèse de médecine générale soutenue en 2010 avait montré que les médecins généralistes étaient plus sceptiques que les gynécologues obstétriciens concernant l'innocuité des TSN au cours de la grossesse, ce qui peut expliquer un frein à la prescription (66).

Pour favoriser la prescription, la loi de 2016 autorise d'autres professionnels de santé à prescrire des TSN (Chirurgiens-dentistes, infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes). Les sages-femmes peuvent également prescrire à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée (61).

Dans notre étude, la prescription a été faite soit par l'infirmière tabacologue, soit par le gynécologue.

En parallèle des TSN, d'autres options existent pour s'engager dans le sevrage tabagique. Les médecines alternatives font partie de ces options et ont été proposées par l'infirmière tabacologue ou les sages-femmes, mais seulement 2 patientes y ont eu accès car ces médecines sont onéreuses et donc difficilement accessibles pour nos patientes.

La dernière étape de la méthode des 5A consiste à organiser le suivi et, éventuellement orienter la patiente vers un professionnel de santé spécialisé dans la tabacologie. Cette orientation passe par une bonne communication entre les intervenants de première et de deuxième ligne.

Huit des 15 patientes ayant bénéficié d'un suivi ont été prises en charge par l'infirmière tabacologue. D'après nos résultats, ces patientes ont soit arrêté soit ont diminué leur consommation.

La présence d'une infirmière tabacologue au sein du pôle santé d'Arcachon permet aux sages-femmes et gynécologues d'adresser facilement les patientes ayant besoin de cette prise en charge.

Cette étape est souvent la plus difficile à mettre en place. En effet, une revue systématique de la littérature publiée en 2016, qui s'intéressait à l'utilisation des méthodes comportementales des « 5A », montrait que seulement 22% des médecins mettaient en place ce suivi (68).

La proximité avec une équipe spécialisée en tabacologie est un levier pour le projet 5A-QUIT-N. Le fait de proposer et d'anticiper le suivi spécialisé en addictologie est intéressant car peu de patientes ont fait la démarche elles-mêmes. Cet argument incite à nous appuyer sur les soignants de première ligne pour qu'un maximum de femmes enceintes puisse être prises en charge.

Toutefois, il ne nous est pas possible d'affirmer que d'autres modalités d'accompagnement ne soient pas efficaces. Comme nous l'avons vu, aucune des patientes interviewées n'avait fait la démarche avec leur médecin traitant, ou grâce à des aides comme tabac-info-service, par exemple. Même si ces modalités semblent dégradées par rapport à un suivi intensif par un professionnel de santé spécialisé, il peut s'avérer peut-être suffisant et plus efficient dans certains contextes.

Chaque professionnel de santé doit être amené à réfléchir aux parcours possibles avec les qualités requises sur sa communauté territoriale pour prendre en charge les femmes enceintes consommant du tabac.

Anticiper le sevrage avant la grossesse

Plusieurs patientes ont mis en évidence l'intérêt de promouvoir des programmes de prévention avant la grossesse. En effet, la meilleure prévention tabagique chez les femmes enceintes est celle qui vise à éviter que les femmes entrent dans le tabagisme. Il faut donc mettre en place des actions de prévention dès l'adolescence, ce que préconisait la conférence de Consensus Grossesse et Tabac 2004 (6). Le Plan National de Lutte contre le Tabagisme de 2018-2022, par l'intermédiaire de l'action n°12, souhaite informer de manière adaptée les femmes, aux différents âges de la vie, sur les risques liés au tabac et donc d'inclure dans les consultations une information sur le tabac tout au long de leur parcours (21). Ceci est en adéquation avec la méthode 5A et notamment « Ask » qui consiste à demander le statut tabagique.

A partir de nos constats, nous pouvons proposer plusieurs pistes pour l'intervention 5A-QUIT-N :

- Anticiper le sevrage tabagique avant la grossesse.
- Interroger sur la consommation de tabac à chaque consultation.
- Proposer de diminuer l'envie de fumer par un traitement approprié.
- Informer davantage les femmes enceintes sur les TSN : leur remboursement, leur innocuité, leur efficacité. Le rapport bénéfice/risque par rapport à un tabagisme même minime, est considérable, pour elle et pour leur futur bébé.
- Exposer les complications liées au tabac sans faire peur ni braquer les patientes.

3.2. Freins identifiés

A travers les résultats de notre étude, plusieurs freins ont été mis en évidence pour la viabilité du projet 5A-QUIT-N.

Accès aux soins

Concernant l'accessibilité au projet, nous avons constaté que certaines patientes ont eu des difficultés pour avoir accès aux soins liés à la désertification médicale dans certaines spécialités. Les patientes, ayant eu un suivi en ville, ont difficilement eu accès à un gynécologue.

Dans le cadre de notre étude, ceci concerne une minorité de patientes puisque les autres ont eu un suivi par l'équipe de la maternité d'Arcachon. Les difficultés d'accès aux soins sont alors un frein pour l'arrêt du tabac.

Impact du Covid

Le contexte sanitaire a été un frein à l'accessibilité au projet. En effet, plusieurs patientes ont expliqué avoir eu des difficultés concernant l'organisation du suivi avec la pandémie de COVID. Les rendez-vous notamment avec l'infirmière tabacologue se sont déroulés par téléphone et le conjoint n'a pu être présent à chaque consultation. Ceci ne facilite pas l'adhésion au projet et l'implication du conjoint.

Il est encore trop tôt pour mesurer l'impact des effets de la pandémie COVID sur le sevrage tabagique. Dans l'étude de Santé Publique France menée entre mars et avril 2020, un peu plus d'un quart (27%) des fumeurs ont déclaré que leur consommation avait augmenté depuis le confinement et 55% qu'elle était stable. Les principales raisons, évoquées concernant cette augmentation de consommation, étaient l'ennui, le manque d'activité et le stress. Des études complémentaires seront nécessaires pour connaître les conséquences du COVID sur le comportement tabagique (69).

Certaines patientes ont évoqué le stress lié à la situation sanitaire comme difficulté pour l'arrêt du tabac. Association Addictions France, en partenariat avec BVA Santé, a publié en avril 2021 les résultats d'une enquête nationale « Addictions et crise sanitaire ». Cette étude révèle que la crise sanitaire et les confinements associés favorisent les conduites addictives, notamment chez les populations les plus fragiles. Au cours de l'année écoulée, plus d'un

consommateur sur trois a nettement augmenté sa consommation de tabac, cannabis et/ou médicaments psychotropes (70).

Formation des professionnels de santé

Le suivi n'a pas été adapté pour toutes les patientes. Pour favoriser l'observance des patientes en addictologie, le suivi doit être régulier et encadré (71). Si cela a été le cas pour la majorité des patientes interrogées, certaines ont évoqué un suivi trop succinct avec un manque d'informations. Un conseil minimal ne fait pas partie de la démarche 5A. Cette démarche a été proposée par l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en 2011 et précise l'intérêt de réaliser les 5 étapes pour avoir une efficacité sur l'arrêt du tabac (72).

Pour une bonne prise en charge des patientes, il est nécessaire de former les professionnels de santé, de travailler sur leur auto-efficacité et de les aider à travailler en réseau.

En effet, plusieurs études mettent en évidence que le manque de formation ressenti par les professionnels de santé est un frein à la prise en charge du tabac pendant la grossesse (73).

L'utilisation d'outils d'aide pour le sevrage comme des flyers ou des affiches doit être davantage développée en parallèle de la démarche proposée par le projet 5A-QUIT-N.

Rôle du conjoint et de l'entourage

L'entourage et notamment le conjoint joue un rôle primordial dans l'arrêt du tabac et impacte de manière positive ou négative la prise en charge du tabac de la personne (74).

Le tabagisme du conjoint est un élément pronostique d'arrêt du tabac pendant la grossesse. Il influence le résultat des tentatives d'arrêt des patientes et on remarque que les patientes ayant arrêté ont le plus souvent un conjoint non-fumeur. Ceci a été mis en évidence sur une étude réalisée en 2009, où il a été démontré que la diminution du tabagisme du conjoint pendant la grossesse était un facteur influençant la consommation de la femme enceinte (75).

Dans notre étude, la majorité des conjoints étaient fumeurs, et nous pouvons émettre l'hypothèse que cette variable a eu un impact sur le faible taux de réussite de sevrage tabagique dans notre population d'étude.

Il est donc primordial d'informer le couple sur les effets du tabagisme gravidique actif ou passif et d'inclure le conjoint dans la prise en charge du tabac chez les femmes enceintes.

Ceci a été mis en évidence par plusieurs patientes qui regrettaient le manque d'implication des pères dans ce projet. Il sera nécessaire de modifier l'intervention 5A-QUIT-N dans ce sens.

Manque de motivation et évaluation de la situation

Près d'un quart des patientes ont exprimé un manque de motivation et une peur à l'échec pour réaliser cette démarche, ces patientes ont diminué leur consommation mais l'arrêt a été difficile à atteindre. On remarque qu'elles ont réussi à diminuer leur consommation facilement à l'annonce de la grossesse mais qu'il est plus difficile de poursuivre les efforts. La dépendance joue un rôle important dans cet échec puisque les patientes pensent avoir le contrôle de leur consommation et pouvoir arrêter seules mais elles oublient la dépendance procurée par le tabac (76). Les substituts nicotiniques permettent d'aider à gérer cette dépendance.

Le paradigme actuel est en faveur de la proposition systématique d'un traitement pour diminuer l'envie de fumer, sans danger (77).

La personne peu motivée peut continuer à fumer selon son besoin, sans risque, avec les patches. Elle va diminuer naturellement. Le travail motivationnel est entrepris à partir du moment où la motivation peut être mobilisée, c'est-à-dire avec le contrôle de l'addiction obtenu par le traitement.

Les personnes motivées, elles, s'engagent très rapidement dans le choix de leur méthode préférée, ayant franchi le cap de la décision. L'efficacité du traitement se juge sur la diminution majeure de l'envie de fumer, quel que soit le traitement choisi. Mesurer la motivation par des tests ne paraît pas nécessaire aujourd'hui, en pratique, sauf dans des études (78). Le seul intérêt de ces questionnaires est de faire réfléchir les patients sur leur motivation afin d'essayer de la faire avancer.

Les recommandations 5A préconisent d'évaluer seulement la motivation des patientes mais il serait plus judicieux d'évaluer la situation : autres usages délétères, habitudes tabagiques, ancienneté, place du tabac dans sa trajectoire de vie, dans la gestion du stress. En effet pour identifier au mieux les freins et leviers de la motivation, il faut réaliser une évaluation globale de la situation de chaque patiente. Il est également difficile en soins primaires d'évaluer la motivation par manque de temps. Il est plus important d'évaluer la consommation pour fixer la posologie du traitement, les besoins et difficultés de la personne, les autres usages addictogènes...

Fausse croyances

Les femmes sont encore réticentes à l'utilisation des substituts nicotiques avec une crainte sur les effets tératogènes ou foeto-toxiques de ces derniers. L'aide au sevrage tabagique passe également par la lutte contre la désinformation et les fausses croyances. Les professionnels de santé, pour encourager leur utilisation et rassurer les patientes, doivent expliquer clairement le fonctionnement des substituts.

La nicotine obtenue par l'usage de cigarettes fumées provoque des pics de nicotine qui sont gratifiants et addictogènes, alors que les patchs délivrent la nicotine en plateau ce qui n'est ni gratifiant, ni addictogène, donc on traite l'addiction à la nicotine avec le traitement et on ne l'entretient pas. Le traitement est donc addictolytique.

La nicotine délivrée par les TSN n'est pas nocive, la toxicité est liée au CO et aux produits de la combustion (goudrons) présents lorsqu'elles fument leur cigarette.

Minimisation

La banalisation d'une consommation réduite est un autre élément identifié comme un frein à l'arrêt du tabac.

En effet, deux patientes n'ont pas modifié leur consommation dans un contexte de minimisation de leur consommation et des risques encourus. Elles ont déclaré avoir une consommation faible de tabac. Or, nous savons que les risques sont présents quelle que soit la consommation de tabac. Ces patientes n'ont pas souhaité bénéficier du suivi ou n'en ont pas eu.

Cet aspect est renforcé par le discours de certains professionnels de santé qui expliquent aux patientes de diminuer leur consommation mais de ne pas arrêter totalement pour limiter leur anxiété. Plusieurs patientes de notre étude ont rapporté ces paroles alors que nous savons aujourd'hui que la seule diminution de la consommation tabagique ne peut avoir aucun effet sur la toxicité entraînée. En effet, la femme va le plus souvent tirer davantage sur la cigarette et obtenir un taux de CO inhalé égal à celui précédant sa diminution (le taux de CO augmente avec la force d'inhalation sur les cigarettes) (18).

La mesure du taux de CO expiré en suivi de grossesse peut sembler pertinente. Il s'agit d'une mesure simple, facilement réalisable en pratique clinique lors de la surveillance prénatale, à condition de disposer de l'appareil et d'avoir la capacité d'en assurer la maintenance et le calibrage régulier.

Une étude réalisée en 2005 s'intéresse au lien entre le niveau du tabagisme de la mère par la mesure du CO expiré et le retentissement sur l'enfant. Le poids du nouveau-né est dose-dépendant et diminue significativement avec l'augmentation du CO expiré maternel (14).

Cet outil paraît intéressant car il permet à la fois d'évaluer objectivement la consommation tabagique lors du suivi de grossesse et d'introduire les informations sur les risques liés au tabac sur le fœtus. Toutefois, il convient de pondérer cet avis par les nombreux facteurs susceptibles d'interagir avec la mesure. De plus, la mesure doit se faire dans le respect de la personne et sans jugement. Le risque majeur est que la personne se sente effectivement jugée, culpabilisée, ce qui serait contre-productif.

Par ailleurs, la minimisation des risques liés au tabac peut également freiner l'arrêt. Dans nos entretiens, des doutes ont été soulevés sur la cohérence, la gravité ou l'ampleur des risques du tabac sur la grossesse. Une patiente s'appuie sur la santé de ses propres enfants pour montrer une exagération des risques liés au tabac.

Une étude réalisée en 2017 en Grande-Bretagne sur des femmes enceintes consommant du tabac met en évidence que les perceptions du risque sont souvent décrites comme liées aux fumeurs dans la population générale, donc un risque désincarné, plutôt qu'un risque personnel. Certaines femmes dans la revue des études ont remis en question l'applicabilité de ces risques à elles-mêmes, voire si ces risques étaient bien réels. Les femmes interrogées ont également fourni des exemples de bébés en bonne santé nés de mères qui fumaient, soulignant que les preuves connues sur les risques peuvent ne pas s'appliquer à tous (43).

Situations reléguant l'arrêt du tabac au second plan

Certaines complications pendant la grossesse peuvent également être un frein à l'arrêt du tabac. Une patiente nous a rapporté avoir eu une amniocentèse avec tout le stress que ce geste invasif peut induire. En effet, les causes de stress chez la femme enceinte sont multiples. La grossesse est un moment déstabilisant de transition. Les modifications physiques et les remaniements psychologiques liés à la grossesse mettent la femme dans une situation de vulnérabilité. Le suivi de grossesse est une source de stress à l'exemple du diagnostic anténatal, la recherche d'une éventuelle anomalie pouvant être responsable d'angoisse chez les parents (79). Ces différents éléments ne favorisent pas l'arrêt du tabac dans un contexte serein.

En dehors des complications liées à la grossesse, certains problèmes personnels peuvent freiner les tentatives d'arrêt du tabac chez les femmes enceintes. Les professionnels de santé doivent être attentifs à l'environnement social de leurs patientes.

L'absence de complications pendant la grossesse ou l'absence de problèmes personnels semblent être un facteur associé à la réussite pour la modification de la consommation du tabac chez les femmes enceintes. Il faut donc de la part de professionnels de santé repérer de manière précoce les facteurs pouvant interférer sur la prise en charge et leur apporter du soutien si nécessaire (43).

Le cadre socio-économique conceptualise le comportement d'un individu comme le résultat de ses interactions avec son environnement. Il existe plusieurs déterminants sociaux de santé, dont certains influençant le tabagisme. Plusieurs études ont mis en évidence que la majorité des femmes enceintes consommant du tabac vivent dans des conditions défavorisées et présentent des problèmes financiers, de logement ou familiaux. Une étude réalisée en 2015 montre que les femmes des groupes professionnels de la classe ouvrière sont six fois plus susceptibles de fumer pendant la grossesse que les femmes des groupes professionnels dits "cadres" (80).

Le tabagisme dans la société est très étroitement associé à un désavantage socio-économique.

Effectivement, plusieurs patientes nous ont rapporté avoir eu des parcours de vie difficiles, avec des problèmes de co-addiction (cannabis), des problèmes professionnels (conflits avec l'employeur), de logement (déménagement, perte de repères).

Ces patientes décrivent le tabagisme comme leur conférant des avantages psychosociaux, en offrant une pause et en soulageant le stress dû à un contexte social défavorisé ou difficile.

Vis à vis des freins identifiés, plusieurs adaptations pourraient être réalisées pour le projet 5A-QUIT-N

- Utiliser des outils d'aide pour le sevrage comme des flyers ou des affiches destinées aux patientes.
- Evoquer avec la patiente les difficultés qui peuvent faire blocage à l'arrêt du tabac et l'amener à envisager des solutions.
- Evaluer la situation globale des patientes (consommation, besoins et difficultés de la personne, autres usages addictogènes)
- Agir sur l'entourage en intégrant le conjoint à la prise en charge du tabac.
- Former les professionnels de santé, travailler sur leur auto-efficacité et les aider à travailler en réseau.
- Proposer d'autres parcours de prise en charge : tabac-info-service, téléconsultations, mobilisation des soins primaires, des IDE ASALEE.

CONCLUSION

Le tabac pendant la grossesse est un enjeu de santé publique et notamment en Nouvelle Aquitaine avec une prévalence de 22,9 % (5). Le tabagisme gravidique est la première cause évitable de complications au cours de la grossesse.

De nombreuses actions ont été mises en place par les pouvoirs publics avec notamment 3 actions dédiées aux femmes enceintes dans le Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLT) en 2018 (21).

L'étude pilote 5A-QUIT-N, déployé sur le Bassin de vie d'Arcachon-La Teste, va dans ce sens avec l'accompagnement proposé aux femmes enceintes par l'intermédiaire de la démarche 5A pour favoriser l'arrêt du tabac.

La viabilité du projet a été évaluée auprès des femmes enceintes ayant accouché à la maternité d'Arcachon afin de s'assurer que le projet était accessible, adapté, évaluable, utile et faisable.

D'après nos résultats, aucun frein majeur n'a mis en péril cette méthode en dehors de la crise sanitaire. L'intervention s'intègre sans problème dans le suivi de routine proposé aux femmes enceintes.

Cependant, plusieurs facteurs liés aux patientes peuvent être des freins à l'arrêt du tabac comme le tabagisme dans l'entourage, le manque de motivation ou encore les problèmes personnels interférant avec le sevrage. Il faut donc prendre en compte ces facteurs pour favoriser l'arrêt du tabac.

La volonté, le besoin d'un déclic sont avancés comme des éléments majeurs pour débiter la prise de décision de l'arrêt par la femme enceinte.

Les professionnels de santé doivent bénéficier d'une formation adéquate pour la mise en place de la méthode des 5A. Certaines étapes de cette démarche pourraient être renforcées avec par exemple davantage d'explications sur les risques du tabac sur la santé du fœtus. Certaines femmes enceintes n'en ont pas connaissance. Il est important de les informer sans leur faire peur et les braquer, ce qui serait contre-productif.

L'utilisation de flyers ou d'outils conçus pour le sevrage tabagique pourrait aider dans cette prise en charge (46).

La coordination entre les acteurs de première et deuxième ligne est primordiale et doit être mise en place sur le territoire afin de proposer le suivi adapté à chaque patiente.

Il est nécessaire qu'un nombre important de professionnels de première ligne s'approprient l'aide au sevrage tabagique afin d'accompagner les cas simples et d'orienter les cas plus complexes. Un parcours gradué semble intéressant afin de préserver la réactivité et la fluidité des accompagnements

BIBLIOGRAPHIE

1. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull Epidemiol Hebd [Internet]. 2019 [cité 15 août 2020];278-84. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_2.html
2. Blondel B, Coulm B, Bonnet C, Goffinet F, Le Ray C, National Coordination Group of the National Perinatal Surveys. Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017;46(10):701-13.
3. Coulm B, Bonnet C, Blondel B. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2017 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>
4. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. Euro- pean perinatal health report. The health of pregnant women and babies in Europe in 2010 [Internet]. 2013. 252 p. Disponible sur: <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>
5. Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel- Cubizolles MJ, Regnault N. Évolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(35-36):694-703.
6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Conférence de consensus. Grossesse et tabac. [Internet]. 2004 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf
7. Nabet C, Lelong N, Ancel PY, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M. Smoking during pregnancy according to obstetric complications and parity: results of the EUROPOP study. Eur J Epidemiol. 2007;22(10):715-21.
8. Marpeau L. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement? - Tabagisme et complications gravidiques. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008;34(HS1):130-4.
9. Delcroix M. La grossesse et le tabac. 3ème édition. Presses Universitaires de France, Paris.; 2004. 126 p. (« Que sais-je ? »).
10. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies. Obstet Gynecol. 1999;93(4):622-8.

11. Wen SW, Goldenberg RL, Cutter GR, Hoffman HJ, Cliver SP, Davis RO, DuBard MB. Smoking, maternal age, fetal growth, and gestational age at delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;162(1):53-8.
12. Collet M, Beillard C. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? - Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utero. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2008;34(HS1):135-45.
13. Gomez C, Berlin I, Marquis P, Delcroix M. Expired air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5 ppm is associated with decreased fetal growth. *Prev Med.* 2005;40(1):10-5.
14. Delcroix M, Gomez C. M. Grossesse et Tabac : évaluation objective des effets du tabagisme par la mesure du monoxyde de carbone expiré : résultats de 13 330 mesures lors de l'accouchement. 2006;5(3):119-24.
15. Mund M, Louwen F, Klingelhofer D, Gerber A. Smoking and pregnancy--a review on the first major environmental risk factor of the unborn. *Int J Environ Res Public Health.* 2013;10(12):6485-99.
16. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ne premier recours. Recommandations [Internet]. 2014 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations_-
17. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. *La Revue Sage-Femme* [Internet]. 2016 [cité 28 sept 2020];216-8. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
18. Santé publique France. Tabac Info Service, Grossesse sans tabac [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.tabac-info-service.fr/J-arrete-de-fumer/Grossesse-sans-tabac>
19. Santé Publique France. Brochure « Grossesse sans tabac » [Internet]. 2016 [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1525.pdf>
20. Assurance maladie. AMELI. Suivi et accompagnement de la femme enceinte [Internet]. 2017 [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/suivi-orientation-femme-enceinte/suivi-orientation-femme-enceinte>
21. Ministère des solidarités et de la santé. Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022. [Internet]. 2018 [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: <https://solidarites->

sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlit_def.pdf

22. Andler R, Cogordan C, Pasquereau A, Buyck J-F, Nguyen-Thanh V. The practices of French general practitioners regarding screening and counselling pregnant women for tobacco smoking and alcohol drinking. *Int J Public Health*. 2018;63(5):631-40.
23. McBride CM, Emmons KM, Lipkus IM. Understanding the potential of teachable moments: the case of smoking cessation. *Health Educ Res*. 2003;18(2):156-70.
24. Myung S-K, Ju W, Jung H-S, Park C-H, Oh S-W, Seo H, et al. Efficacy and safety of pharmacotherapy for smoking cessation among pregnant smokers: a meta-analysis. *BJOG*. 2012;119(9):1029-39.
25. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5:CD000146.
26. Coleman T, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(12):CD010078.
27. Baker TB, Fraser DL, Kobinsky K, Adsit R, Smith SS, Khalil L, Alaniz KM, Sullivan TE, Johnson ML, Fiore MC. A randomized controlled trial of financial incentives to low income pregnant women to engage in smoking cessation treatment: Effects on post-birth abstinence. *J Consult Clin Psychol*. 2018;86(5):464-73.
28. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;18(5).
29. 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*. 2015;350.
30. Berlin N, Goldzahl L, Jusot F, Berlin I. Protocol for study of financial incentives for smoking cessation in pregnancy (FISCP): randomised, multicentre study. *BMJ Open*. 2016;6(7):e011669.
31. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2(2):6-7.
32. Ebert L, Van der Riet P, Fahy K. What do midwives need to understand/know about smoking in pregnancy? *Women Birth*. 2009;22(1):35-40.
33. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009;150(8):551-5.
34. Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, Rovina N, Vivilaki V, Gratziou C, et al. Smoking cessation in pregnancy: An update for maternity care practitioners. *Tob Induc Dis*.

2019;17(57).

35. Scharll N, Maynié-François Ch. Utilisation des outils de repérage et d'évaluation des consommations à risque d'alcool, tabac et cannabis en médecine générale. *Exercer* 2021. 170:60-5.
36. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. 2021 [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
37. 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*. 2018;31(1):10-6.
38. 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* [Internet]. 2016 [cité 18 oct 2020];16(1):290. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2961-9>
39. 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* [Internet]. 2018 [cité 18 oct 2020];23(3):741-57. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6100096/>
40. Bowker K, Lewis S, Coleman T, Cooper S. Changes in the rate of nicotine metabolism across pregnancy: a longitudinal study. *Addiction*. 2015;110(11):1827-32.
41. 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*. 2015;71(6):1210-26.
42. Boucher J, Konkle ATM. Understanding Inequalities of Maternal Smoking—Bridging the Gap with Adapted Intervention Strategies. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2016 [cité 18 oct 2020];13(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4808945/>
43. Bauld et al. Barriers to and facilitators of smoking cessation in pregnancy and following childbirth: literature review and qualitative study. *Health Technol Assess*. 2017;21(36):89-98.
44. Lauria L, Lamberti A, Grandolfo M. Smoking behaviour before, during, and after pregnancy: the effect of breastfeeding. *ScientificWorldJournal*. 2012;2012:154910.
45. 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*.

2015;30(1):140-51.

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.* 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. Bonnay-Hamon A, Brousse P. Perceptions des fumeuses sur le programme d'aide à l'arrêt du tabac idéal: enquête qualitative auprès des fumeuses au stade d'intention et préparation [Thèse d'exercice médecine générale]. Université de Bordeaux; 2019.
49. Alla F, Castera P, Gonneau A, Lajzerowicz N. Expérimentation d'un nouveau dispositif d'accompagnement des fumeurs sur la région N-A. Projet commun LAST – PAST – 5A en Nouvelle-Aquitaine, parcours coordonné. Communication au: 4ème édition, Colloque TabAquit « tabac et vulnérabilités »; 2019.
50. Chen HT. The bottom-up approach to integrative validity: a new perspective for program evaluation. *Eval Program Plann.* 2010;33(3):205-14.
51. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
52. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative : deuxième partie. *Exercer.* 2009;88:106-12.
53. Guyon L, Audet C, April N, De Koninck M L. Tabagisme et grossesse. Représentations sociales chez des mères québécoises. *dss.* 2007;6(1):105-42.
54. Berger E, Crescentini A, Galeandro C, Mainardi Crohas G. La triangulation au service de la recherche en éducation, exemples de recherches dans l'école obligatoire. Actes du congrès de l'actualité de la recherche en éducation et en formation (AREF), Université de Genève. 2010;8.
55. Tong A., Sainsbury P., Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. 2007;19(6):349-57.
56. Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information [Internet]. 2014 [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
57. Generation sans tabac. Le tabagisme, un marqueur social [Internet]. Génération sans tabac. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.generationsanstabac.org/actualites/tabagisme-marqueur-social/>

58. Haute Autorité de Santé. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac [Internet]. 2015 [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf
59. Van Laethem N, Moran S. Fiche 05 : Entretien d'étude qualitative 2016 [Internet]. <https://www.e-marketing.fr/>. 2016 [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: https://www.e-marketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/Entretien-etude-qualitative-306874.htm#&utm_source=social_share&utm_medium=share_button&utm_campaign=share_button
60. Fournols M. Partenariat ville-hôpital pour la prise en charge de l'arrêt du tabac : retour d'expérience de 30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise [Thèse d'exercice médecine générale]. Université de Bordeaux; 2018.
61. Assurance maladie. La prise en charge du sevrage tabagique [Internet]. [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/prise-en-charge-sevrage-tabagique>
62. Morphet K, Partridge B, Gartner C, Carter A, Hall W. Why Don't Smokers Want Help to Quit? A Qualitative Study of Smokers' Attitudes towards Assisted vs. Unassisted Quitting. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(6):6591-607.
63. Hurier J. Vécu de la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse : étude qualitative auprès de femmes en post partum dans la Somme [Thèse d'exercice médecine générale]. Université d'Amiens; 2019.
64. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2015 [cité 29 avr 2021];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/full>
65. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Traitements de Substituts Nicotiques (TSN) et femmes enceintes [Internet]. 2006 [cité 17 mai 2021]. Disponible sur : <http://dev4-afssaps-marche2017.integra.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Traitements-de-Substituts-Nicotiques-TSN-et-femmes-enceintes>
66. Nguyen Huu Thinh R. Prise en charge du sevrage tabagique des femmes en Seine-Saint-Denis [Thèse d'exercice médecine générale]. Université Paris XIII; 2010.
67. Coleman T, Britton J, Thornton J. Nicotine replacement therapy in pregnancy. *BMJ* [Internet]. 2004 [cité 4 mai 2021];328(7446):965-6. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC404480/>
68. Bartsch A-L, Härter M, Niedrich J, Brütt AL, Buchholz A. A Systematic Literature Review of Self-Reported Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. *PLoS One*. 2016;11(12).

69. Santé Publique France. Tabac, Alcool : quel impact du confinement sur la consommation des Français ? [Internet]. 2020 [cité 29 avr 2021]. Disponible sur : /presse/2020/tabac-alcool-quel-impact-du-confinement-sur-la-consommation-des-francais
70. Addictions France. Etude BVA-Addictions France. Communiqué de presse [Internet]. 2021 [cité 17 mai 2021]. Disponible sur : https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/04/CP_Addictions-France.pdf
71. Chassagnoux A, Dupouy J. 17. Addiction et éducation thérapeutique. Pratiques cliniques en addictologie. Lavoisier; 2017. 153-170 p.
72. ACOG. Smoking Cessation During Pregnancy A Clinician's Guide to Helping Pregnant Women Quit Smoking [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.acog.org/-/media/Departments/Tobacco-Alcohol-and-SubstanceAbuse/SCDP.pdf?dmc=1&ts=20160117T1001162141>
73. Stoebner-Delbarre A, Letourmy F. Conduite à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer : rôles des professionnels de santé. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005;34:326-35.
74. Vauthier A V. Etat des lieux des pratiques tabagiques des conjoint(e)s pendant la grossesse. Université d'Angers; 2019.
75. Houdebine E, Guillaumin C, Rouquette A et al. Le tabagisme gravidique. Étude descriptive et facteurs pronostiques d'arrêt du tabac pendant la grossesse. 2009;(38):155-60.
76. CoRoMA (Collège Romand de Médecine de l'Addiction). Neurosciences de l'addiction [Internet]. 2009 [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: https://www.stop-tabak.ch/de/images/stories/documents_stop_tabac/neurosciences_addictions.pdf
77. Leone F, Zhang Y, Evers-Casey S et all. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2020;202(2):e5-31.
78. Aubin HJ, Lagrue G, Légeron P, Azoulaï G, Pélissolo S, Humbert R, Renon D. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT). Construction et validation. Alcoologie et Addictologie [Internet]. 15 déc 2004 [cité 17 mai 2021];26(4):311-6. Disponible sur: <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/186>
79. Huet M, Sellem L, Vaucher F. Stress et grossesse : impacts et interventions [Travail de Bachelor de sage-femme]. Université de Lausanne; 2015.
80. ASH Action on Smoking and Health. Smoking Cessation in Pregnancy - A call to action [Internet]. 2013 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://ash.org.uk/information-and-resources/reports-submissions/reports/smoking-cessation-in-pregnancy/>

ANNEXES

1. QUESTIONNAIRE DE RECRUTEMENT A LA MATERNITÉ D'ARCACHON



Formulaire de consentement

Projet pilote 5A-QUIT-N

Gestionnaire de la recherche : **CHU de Bordeaux**

Investigateur coordonnateur : **Pr François Alla**

Je soussigné(e)..... (*nom, prénom*) certifie avoir lu et compris le document d'information qui m'a été remis.

J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais à M./Mme..... (*nom, prénom*) qui m'a expliqué la nature, les objectifs et les contraintes liées à ma participation à cette recherche.

Je connais la possibilité qui m'est réservée d'interrompre ma participation à cette recherche à tout moment sans avoir à justifier ma décision et je ferai mon possible pour en informer l'investigateur qui me suit dans la recherche. Cela ne remettra naturellement pas en cause la qualité des soins ultérieurs.

J'accepte que les personnes qui collaborent à cette recherche ou qui sont mandatées par le Gestionnaire, ainsi qu'éventuellement le représentant des Autorités de Santé, aient accès à l'information dans le respect le plus strict de la confidentialité.

J'accepte que mon numéro de téléphone soit collecté et conservé sous la responsabilité du Gestionnaire pour la période strictement nécessaire à la réalisation de l'entretien téléphonique soit un mois au maximum puis détruit.

J'accepte que l'enregistrement audio de l'entretien téléphonique soit collecté et conservé pour la période strictement nécessaire à sa retranscription écrite soit 3 mois au maximum puis détruit.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche, sous forme pseudonymisée (codées), puissent faire l'objet d'un traitement informatisé sous la responsabilité du Gestionnaire. Je suis informé(e), qu'à l'issue de cette recherche, ces données pourront être utilisées à d'autres fins de recherche (nouvelles analyses statistiques) et j'ai été informé(e) de mon droit à m'y opposer.

J'ai bien noté que ces droits s'exercent auprès de l'investigateur qui me suit dans le cadre de cette recherche et qui connaît mon identité.

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le Promoteur de la recherche de leurs responsabilités à mon égard. Je conserve tous les droits garantis par la loi.

Les résultats globaux de la recherche me seront communiqués directement, si je le souhaite, conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche 5A-QUIT-N

Fait à : le :

Signature de la participante :

Numéro de téléphone auquel nous pourrions vous contacter pour l'entretien :

2. GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction :

Nous sommes internes en médecine générale en 5^{ème} semestre à Bordeaux. Nous travaillons actuellement sur le projet pilote 5A QUIT N concernant le tabagisme chez les femmes enceintes.

Vous avez accouché il y a quelques semaines à la maternité d'Arcachon. Nous aimerions vous poser des questions concernant le tabac, il n'y a pas de mauvaise réponse bien-sûr. Toutes vos réponses seront anonymisées puis détruites.

Avez-vous des questions avant que l'on démarre ?

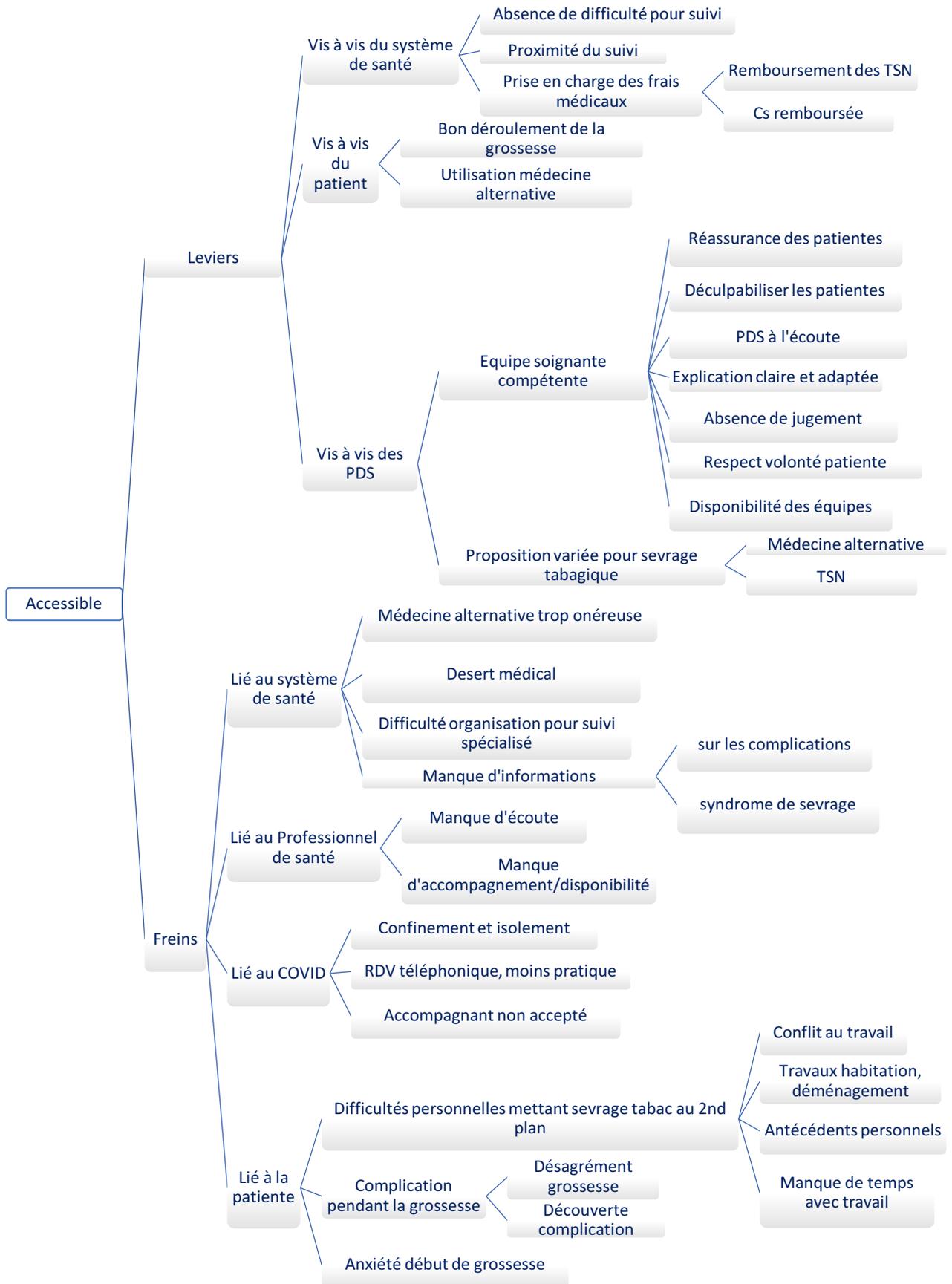
Sujet/thème	Questions	Remarque /notes
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> • Comment s'est déroulée votre grossesse ? • Comment va votre bébé ? • Comment s'est passé votre suivi par rapport au tabac pendant la grossesse ? 	
Abordable	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me parler de l'accompagnement pour le sevrage tabagique qui vous a été proposé pendant votre grossesse ? • Quel professionnel vous l'a proposé ? • Quelles ont été les difficultés pour avoir un suivi régulier pendant votre grossesse (difficultés financières, géographiques, socio culturelles ...) ? 	
Adaptée	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que vous avez pensé du suivi qui vous a été proposé pendant la grossesse pour arrêter de fumer ? Pouvez-vous m'en parler ? • Pensez-vous que cet accompagnement est adapté au suivi de grossesse ? 	
Evaluable	<p>Facilité pour recueil de données ?</p> <p>Si refus de la patiente d'avoir un entretien, quel est le motif de ce refus ?</p>	
Utile	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous arrêté de fumer en fin de grossesse ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Si non, combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ? Est-ce votre consommation habituelle ? • Pensez-vous que ce suivi a été bénéfique pour vous ? • Quelles sont les modifications qui pourraient être réalisées par rapport à cette intervention ? 	
Faisable	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'il y a des difficultés que vous voudriez aborder concernant ce suivi ? • Qu'avez-vous pensé de cet accompagnement par rapport à votre pratique, votre mode de vie, votre entourage ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Avez-vous utilisé pendant votre grossesse les aides au sevrage qui vous ont été proposées ? 	

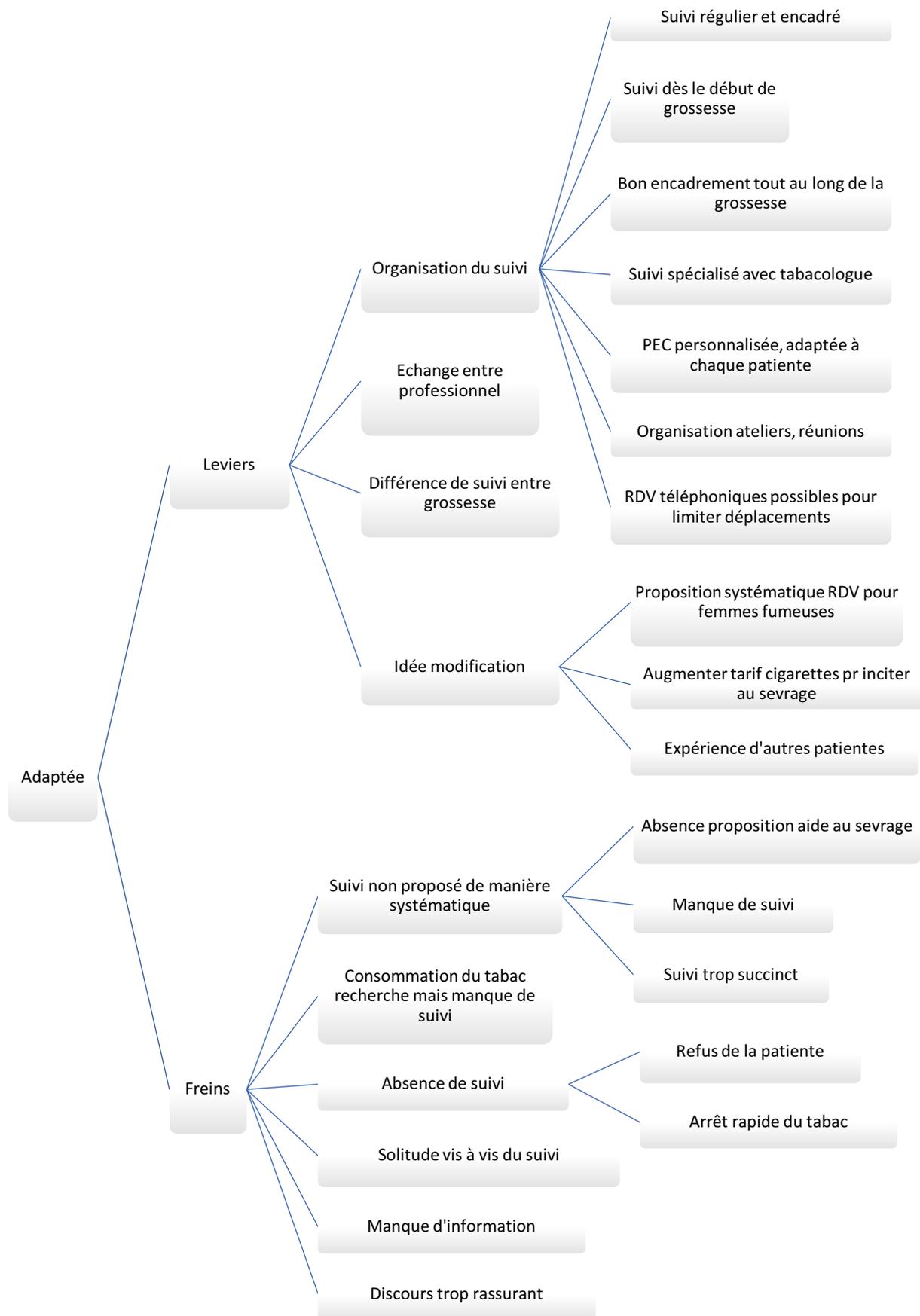
Souhaitez-vous rajouter quelque chose sur le tabac ? ou en général sur votre suivi ou votre grossesse ?

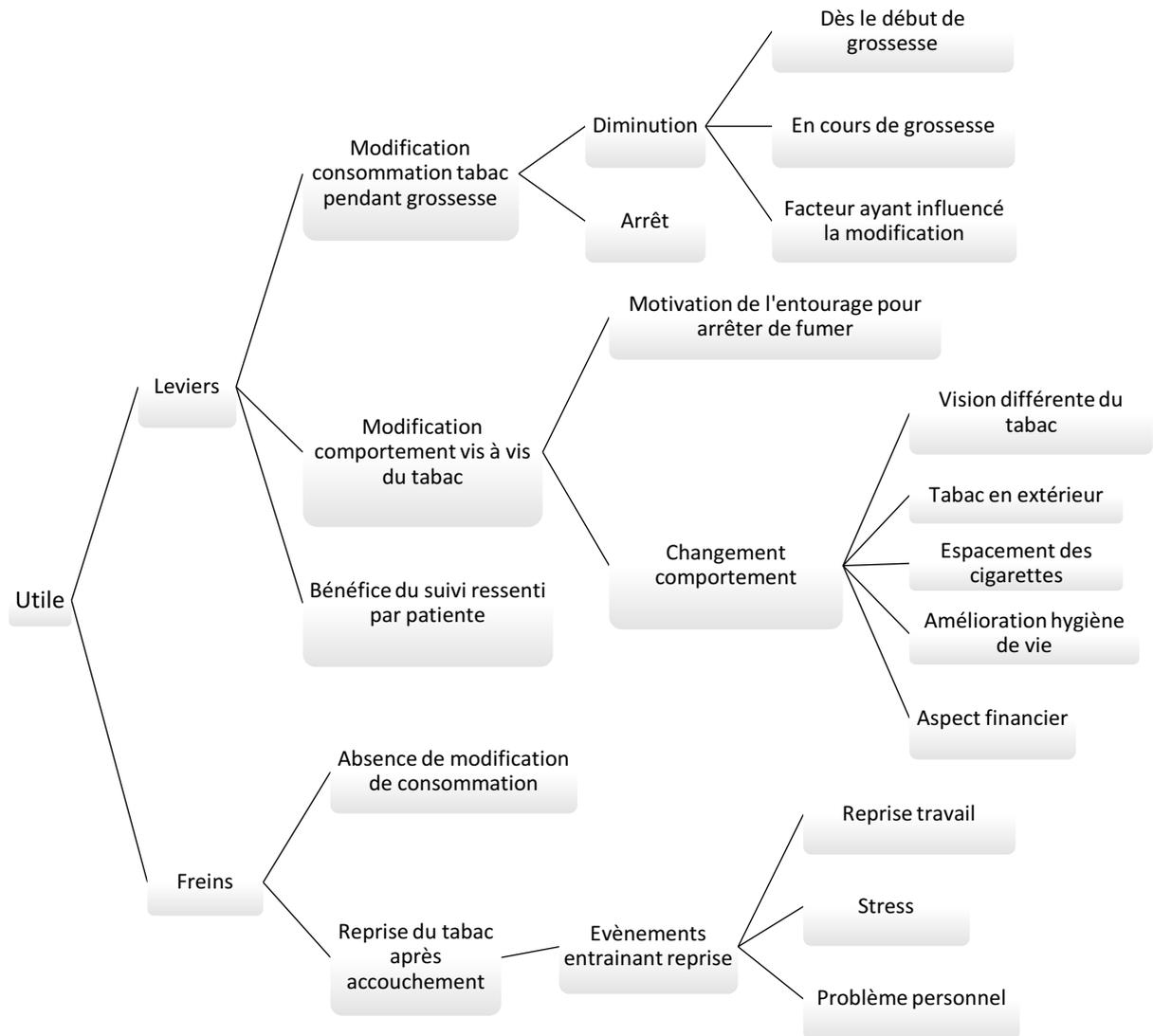
Conclusion

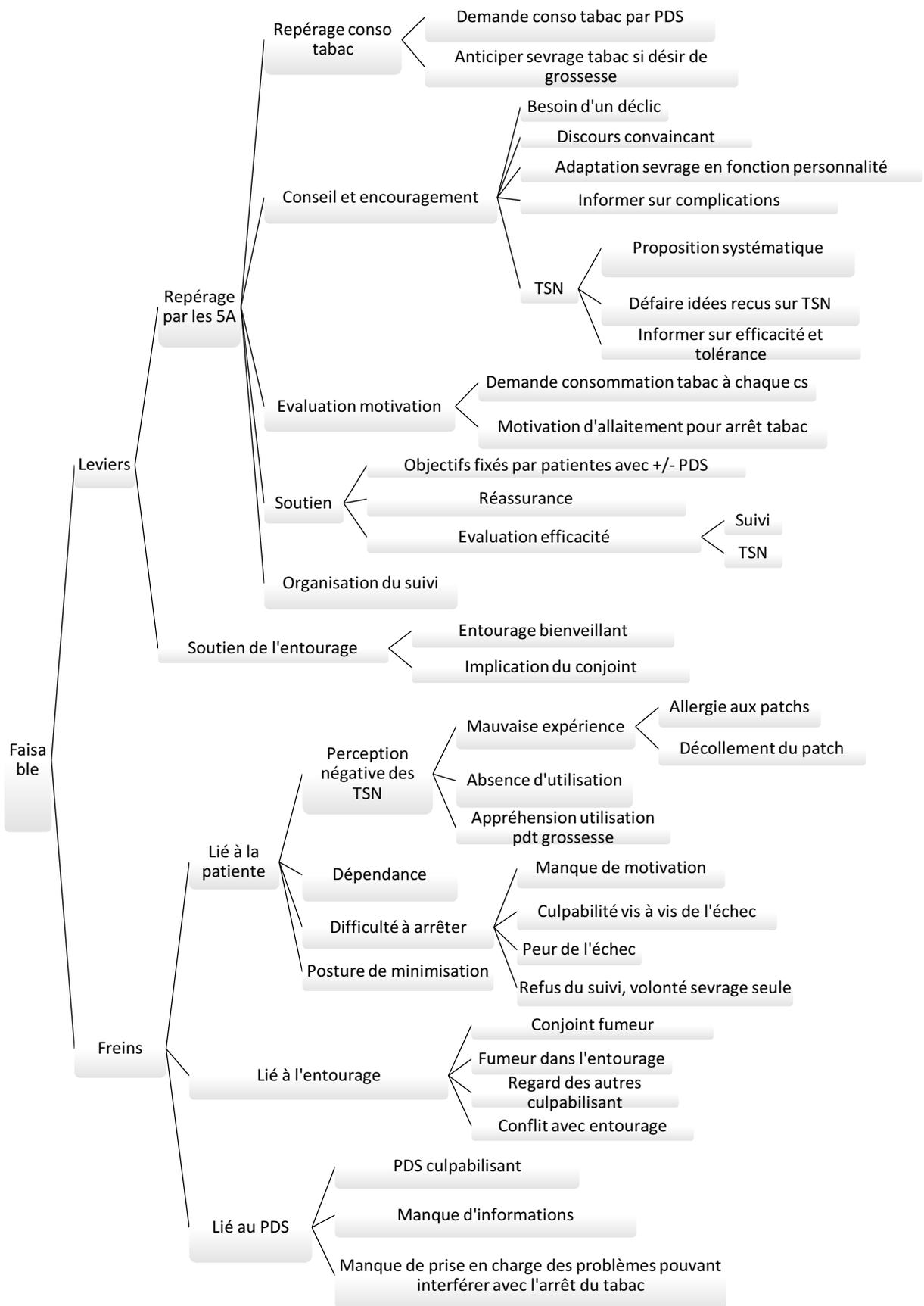
Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé. Si vous souhaitez avoir les résultats, nous pourrions vous les faire parvenir à l'issu de notre étude. Bonne journée

3. ARBRE THÉMATIQUE









SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

RÉSUMÉ

Titre : Étude de viabilité de la méthode 5A auprès des femmes enceintes fumeuses ayant bénéficié d'un accompagnement 5A-QUIT-N pendant leur grossesse.

Introduction : Avec une prévalence allant de 20 à 25% selon les régions en France, le tabagisme pendant la grossesse reste un enjeu majeur de santé publique. Notre thèse vise à étudier la viabilité de la méthode 5A auprès des femmes enceintes fumeuses ayant bénéficié d'un accompagnement 5A-QUIT-N pendant leur grossesse.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative avec analyse thématique d'entretiens semi-dirigés, auprès de 17 femmes enceintes fumeuses, ayant accouché à la maternité d'Arcachon et recrutées de janvier à mars 2021. L'étude bénéficie d'une triangulation des données au niveau des chercheurs. L'analyse thématique des résultats a été réalisée. Chen définit dans un article le concept de viabilité d'un programme selon cinq critères : Accessible, Adapté, Evaluable, Utile, Faisable. L'objectif principal était d'évaluer les freins et les leviers à la viabilité de la méthode 5A auprès des femmes en ayant bénéficié lors de leur grossesse.

Résultats : On constate un besoin et un intérêt des femmes enceintes fumeuses pour la prise en charge selon la méthode 5A. Aucun frein majeur ne met en péril l'accès à l'accessibilité du projet par les patientes et l'intervention s'intègre bien dans leur suivi de routine. Cependant des facteurs intrinsèques et extrinsèques aux patientes peuvent être des freins à l'arrêt du tabac.

Conclusion : Il est nécessaire de réaliser des progrès aussi bien sur le repérage de la consommation tabagique pendant la grossesse que sur les interventions qui doivent en découler. Cela passe par une formation adéquate des professionnels de santé à la mise en place de la méthode des 5A et une coordination entre les acteurs de première et deuxième ligne.

Discipline : médecine générale

Mots-clés : Arrêt de tabac / Femme enceinte / Viabilité / Médecine générale

Intitulé et Adresse de l'UFR : UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux.

Title: Viability study of the 5A model among pregnant smokers who received 5A-QUIT-N support during their pregnancy.

Introduction: With a prevalence ranging from 20 to 25% depending on the region in France, smoking during pregnancy remains a major public health issue. Our thesis aims to study the viability of the 5A model amongst pregnant smokers who received 5A-QUIT-N support during their pregnancy.

Method: This is a qualitative study with thematic analysis of semi-directed interviews conducted with 17 pregnant smokers who gave birth at the Arcachon maternity hospital and were recruited from January to March 2021. This study was conducted with a triangulation of researchers. Thematic analysis of the results has been carried out. Chen defines in an article the concept of viability of an intervention program according to five criteria: practical, affordable, suitable, evaluable, and helpful. The main objective was to evaluate the obstacles and incentives to the 5A model viability amongst women who had benefited from it during their pregnancy.

Results: There is a need and an interest for the 5A model amongst pregnant smokers. From the patient view, there doesn't seem to be any major obstacles when it comes to the project's accessibility, as the intervention can easily be integrated into their routine follow-up. However, patient intrinsic and extrinsic factors may be barriers to quitting smoking.

Conclusion: There is a need to make progress both in the identification of smoking during pregnancy, and in the interventions that should follow. This requires adequate training of health professionals in the implementation of the 5A model, and coordination between first and second line actors.

Title and address of the research unit: Medical sciences Education and Research Unit, University of Bordeaux.