



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prévalence des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une
intervention de leur médecin généraliste dans leur sevrage tabagique :
étude descriptive rétrospective**

Présentée et soutenue publiquement le 05 janvier 2021 à 18h
au Pôle Formation
Par Emma Chaumont

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Asseseurs :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur François QUERSIN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Avertissement

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Liste des abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

ARS : Agence Régionale de Santé

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CO : Monoxyde de Carbone

DPO : Délégué à la Protection des Données

FCS : Fausse Couche Spontanée

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National des Statistiques et des Études Économiques

RCIU : Retard de Croissance *In Utero*

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

HSI : Heaviness of Smoking Index

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TSN : Traitements de Substituts Nicotiniques

Table des matières

I.	Introduction	8
A.	Le sevrage tabagique, un enjeu de santé publique et économique	8
B.	Lutte contre le tabac et substituts nicotiques	9
1.	Histoire des substituts nicotiques	9
2.	Composition d'une cigarette.....	10
3.	Emploi des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique	10
C.	Tabac et grossesse	11
1.	Épidémiologie.....	11
2.	Composition du tabac et retentissement sur la mère, la fécondité et le fœtus 11	
a)	Rôle de la nicotine	11
b)	Rôle du monoxyde de carbone.....	14
c)	Rôle des radicaux libres	15
d)	Rôle des métaux lourds : Cadmium	15
3.	Sevrage tabagique et grossesse.....	18
a)	Moyens d'aide au sevrage tabagique chez la femme enceinte.....	18
b)	Facteurs pronostiques de sevrage tabagique pendant la grossesse	19
c)	Post-partum et rechute	20
D.	Place du médecin généraliste dans le sevrage tabagique de la femme enceinte 21	
II.	Objectifs	23
III.	Méthodes	23
A.	Caractéristiques générales de l'étude	23
B.	Critères d'inclusion	23
C.	Critères d'exclusion	24
D.	Déroulement de l'étude.....	24
E.	Aspects éthiques	24
F.	Questionnaire	24
G.	Calcul du nombre de sujets nécessaires	26

H.	Analyse statistique.....	27
I.	Critères de qualité méthodologique.....	28
IV.	Résultats.....	28
A.	Population.....	28
1.	Population analysée.....	28
a)	Caractéristique de la population.....	30
b)	Consommation tabagique des patientes.....	33
c)	Interventions du médecin traitant.....	35
d)	Avis et perspectives des patientes.....	37
B.	Comparaison de notre population avec celle du Baromètre Santé 2017.....	38
1.	Âge.....	38
2.	Niveau d'études.....	39
3.	Part des patientes fumeuses à l'annonce de leur grossesse.....	39
C.	Objectif principal.....	40
D.	Objectifs secondaires.....	40
1.	Informations délivrées par le médecin traitant comme facteur favorisant le sevrage tabagique.....	40
a)	Informations sur les effets du tabac.....	40
b)	Au moins une intervention du médecin traitant.....	41
c)	Statut tabagique avant la grossesse demandé par le médecin traitant... ..	42
d)	Statut tabagique pendant la grossesse demandé par le médecin traitant.....	43
e)	Statut tabagique du/de la conjoint.e demandé par le médecin traitant....	43
f)	Conseil d'arrêter complètement la consommation tabagique.....	44
g)	Proposition d'un suivi psychologique.....	45
h)	Information du remboursement à 65% par l'Assurance Maladie des TSN 46	
i)	Recommandation par le médecin traitant d'utiliser les TSN.....	46
2.	Remboursement à 65% des TSN comme facteur favorisant le sevrage tabagique.....	47
3.	Absence d'information sur le remboursement des TSN comme facteur de risque de leur non-utilisation.....	48
4.	Facteurs pronostiques de sevrage tabagique dans notre population.....	49
a)	Statut professionnel.....	49
b)	Catégorie socio-professionnelle.....	49

c) Niveau d'études	50
d) Cas de celles qui ont déjà vécu au moins une grossesse	51
e) Niveau de dépendance au tabac en début de grossesse	52
f) Statut tabagique du.de la conjoint.e	53
g) Classe d'âge	53
V. Discussion	54
A. Principaux résultats	54
1. Objectif principal	54
2. Objectifs secondaires	55
a) L'information délivrée par le médecin traitant comme facteur favorisant le sevrage tabagique	55
b) L'absence d'information sur le remboursement des TSN comme facteur de risque de leur non-utilisation	55
c) Facteurs pronostiques de sevrage tabagique dans notre population	56
d) Part des femmes ayant arrêté de fumer qui pensent prolonger leur sevrage tabagique	59
B. Validité de l'étude	60
1. Faiblesses de l'étude	60
a) Biais effet-centre	60
b) Biais de mémorisation	60
c) Biais de désirabilité	61
2. Forces de l'étude	61
a) Généralités	61
b) Biais de sélection limité	61
c) Absence de biais de non-réponse	61
d) Puissance de l'étude	62
e) Absence de lien ou de conflit d'intérêt	62
VI. Conclusion	63
VII. Annexes	64
.....	65
VIII. Bibliographie	69

I. Introduction

A. Le sevrage tabagique, un enjeu de santé publique et économique

Le tabac tue plus de huit millions de personnes chaque année dans le monde. Plus de sept millions de ces décès sont dus aux conséquences directes du tabac tandis qu'environ 1,2 million des décès sont imputables au tabagisme passif. (1)

En 2004 en France, le nombre total des décès attribuables au tabac est égal à 73 000. Le tabac est donc responsable en France d'1 décès sur 8. (2) En 2010, il est de 78 000.(3)

Le cancer est la cause prédominante de décès dus au tabac, évalué à 47 000 en France chaque année. (3) (4)

Par ailleurs, on peut imputer au tabagisme la survenue d'un grand nombre de pathologies cardio-vasculaires. (5)

A noter que si le tabagisme est associé à un nombre important de pathologies, l'arrêt du tabac entraîne de façon constante une diminution des risques de survenue ou d'aggravation de ces pathologies. (4)

On peut souligner également que le coût social net du tabagisme en 2010 représentait en France plus de 120 milliards d'euros. (6) On peut noter que les dépenses nettes de l'État pour le tabac en 2010 sont de 13,8 milliards d'euros soit 3,6% du budget total. Plus de 20% du déficit budgétaire de 2010 (65 milliards d'euros) est dû au poids négatif du tabac sur les finances publiques.

	Alcool	Tabac	Drogues illicites
Nombre de décès	49 051	78 966	1 605
Nombre de malades	1 418 237	683 396	121 560
Nombre de « consommateurs à problèmes »	3 800 000	13 400 000	300 000
1. Coût externe (2+3+4)(M€)	-114 399	-105 391	-5 909
2. Coût des vies perdues	-66 218	-65 057	-2 719
3. Coût de la perte de qualité de vie	-39 167	-31 695	-2 655
4. Pertes de production	-9 014	-8 639	-535
5. Coût pour les finances publiques (M€) (6+7+8+9)	-3 049	-13 881	-2 327
6. Coût des soins	-7 696	-25 887	-1 459
7. Économie de retraites	1 726	1 791	45
8. Prévention et répression	-283	-182	-913
9. Taxation	3 204	10 397	0
10. Effet sur le bien-être *(M€)	-3 658	-16 658	-2 792
11. Coût social (1+10) (M€)	-118 057	-122 049	-8 701
12. Finances publiques /PIB (%)	0,15 %	0,69 %	0,12 %
13. Coût social/ « consommateurs à problèmes » (€)	31 068	9 108	29 002

Note : * la ligne 10 est égale au produit de la ligne 5 par 1,2, soit le coût d'opportunité des fonds publics.

Coût social du tabac en 2010 (8)

Ainsi, le tabagisme pose un problème de santé publique dont le coût économique est conséquent. Cela explique que des politiques de lutte contre le tabagisme sont donc fixées. (7)

B. Lutte contre le tabac et substituts nicotiques

1. Histoire des substituts nicotiques

Dans les années cinquante, l'anglais Richard Doll démontre le lien entre cancer du poumon et tabagisme. (8)

En 1967 a lieu l'invention de la première gomme de nicotine à mâcher par Ove Fernö, afin de compenser le manque de nicotine chez les sous-marinières Suédoises. La première version fut présentée à la Deuxième Conférence Mondiale sur le Tabagisme et la Santé à Londres, en 1971. (9)

En 1982, une première étude en double aveugle montre la supériorité de la gomme sur un placebo et en 1984 les gommes apparaissent sur le marché, puis les patchs en 1990. (10)

2. Composition d'une cigarette

Avant sa combustion, le tabac est constitué d'environ 2500 substances, et pendant la combustion le tabac atteint 1000 degrés qui fait que l'on retrouve dans la fumée de cigarette plus de 4000 composants. La combustion est incomplète près du filtre c'est pourquoi on retrouve du monoxyde de carbone (CO), accompagné entre autres de nicotine, de radicaux libres (provenant du « goudron ») et de métaux lourds. (11) (cf annexe 1) (12)

3. Emploi des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique

En 1998, une conférence de consensus de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) fait remarquer que l'efficacité et la sécurité d'emploi des substituts nicotiques leur permettent de s'intégrer dans la prise en charge d'un patient fumeur afin de l'accompagner vers le sevrage tabagique. (13)

L'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé) a publié en 2003 des recommandations portant sur les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac, et dont les substituts nicotiques sont au premier plan. (7)

C'est grâce aux 3 plans cancer qui se succèdent entre 2003 et 2019 et à une étude de la HAS de 2007 qu'une prise en charge partielle par l'assurance maladie des substituts nicotiques dans le cadre d'un protocole d'arrêt est d'abord évoquée (14) , puis apparaît justifiée. (7) Finalement, cette prise en charge des TSN est de 50 euros par an en 2007.

Elle est élargie à 150 euros par an pour les femmes enceintes (15) puis progressivement à tous les assurés (16).

Enfin depuis le 1^{er} janvier 2019, les substituts nicotiques sont remboursés à 65% par l'assurance maladie obligatoire. (18)

C. Tabac et grossesse

1. Épidémiologie

En France en 2017, le tabagisme pendant la grossesse concernerait entre 25 et 30% des femmes enceintes. Parmi elles, 30% ont immédiatement arrêté de fumer à l'annonce de leur grossesse, 20% ont arrêté pendant leur grossesse, 44% ont diminué leur consommation de tabac et 6% n'ont pas diminué. (17)

2. Composition du tabac et retentissement sur la mère, la fécondité et le fœtus

a) *Rôle de la nicotine*

(1) *Dépendance*

En 7 à 8 secondes, la nicotine inhalée parvient aux récepteurs cholinergiques nicotiques cérébraux situés dans le noyau accumbens. Cela entraîne la libération de dopamine, neurotransmetteur qui est responsable de la sensation de plaisir.

C'est ainsi que la dépendance s'installe.

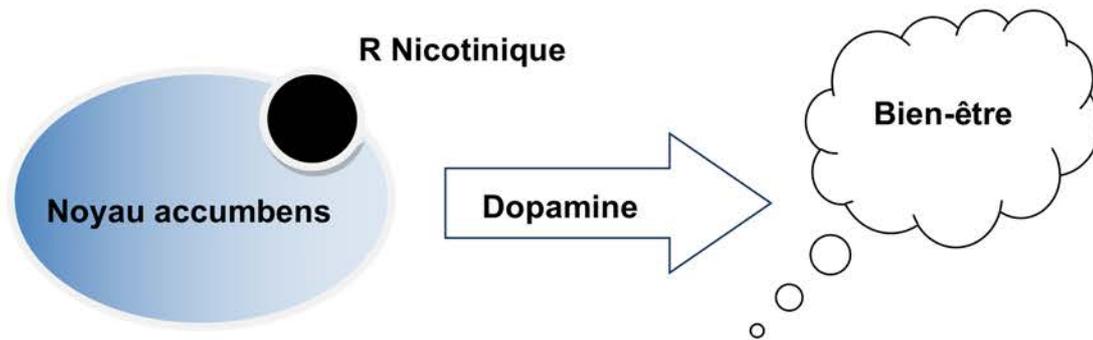


Figure 1 : Mécanisme de l'installation de la dépendance

(2) *Placenta prævia*

La nicotine va se fixer au niveau des récepteurs endocriniens et va, à cause de l'augmentation de la sécrétion de cortisol et donc d'adrénaline et de noradrénaline, augmenter la tension artérielle maternelle et ainsi entraîner une vasoconstriction materno-fœtale. Le placenta sera ainsi moins oxygéné, tout comme les tissus embryonnaires.

La nicotine augmente également l'hypoxie placentaire en inhibant le métabolisme des cellules trophoblastiques du placenta et en inhibant l'angiogenèse. (18)

Ainsi la nicotine entraîne des troubles du développement placentaire : les *placentas prævia*, c'est-à-dire les placentas insérés bas, sont susceptibles d'induire une hémorragie pendant la grossesse ou en post-partum, ainsi que des accouchements prématurés.

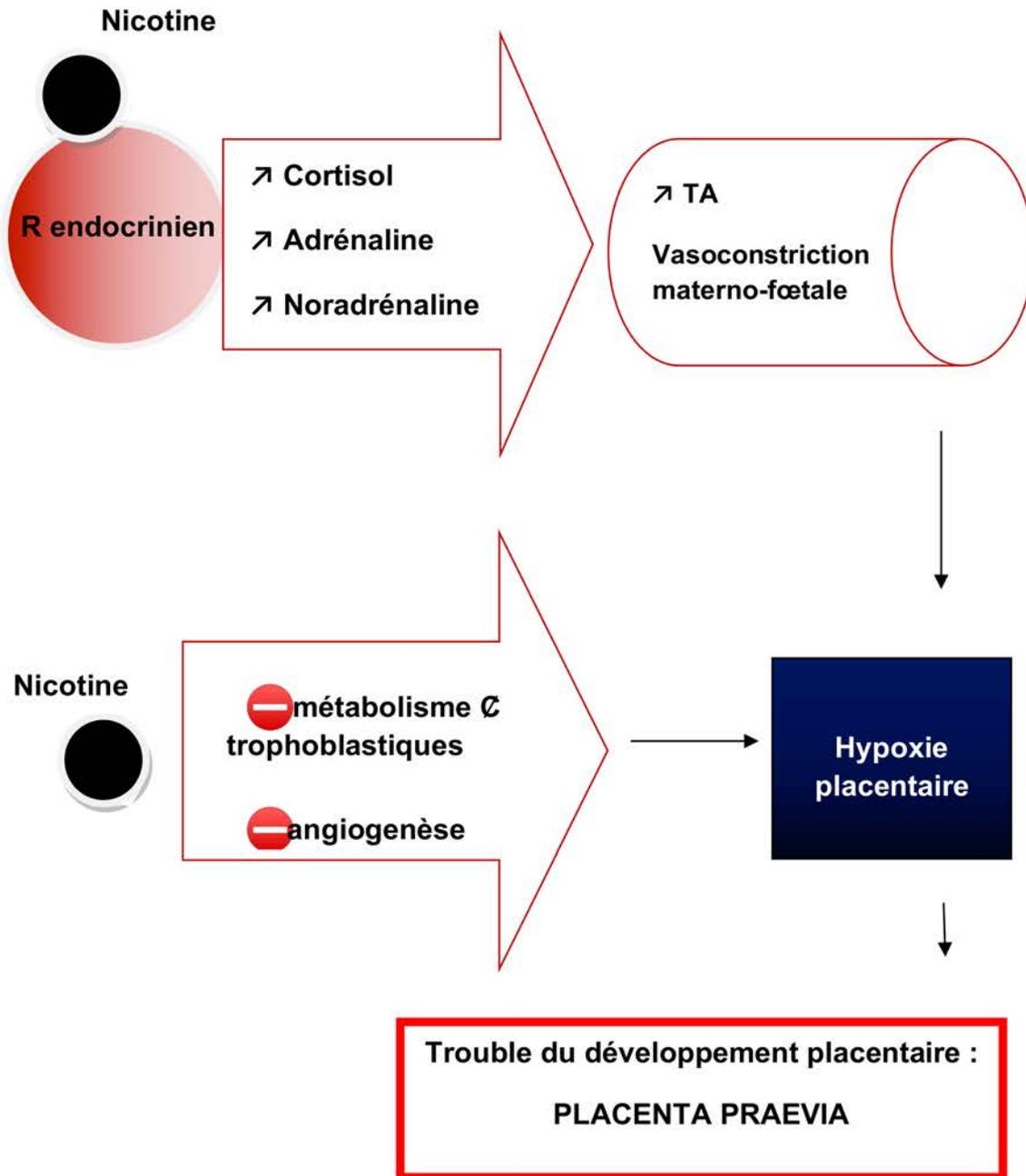


Figure 2 : Mécanisme de formation des placenta prævia

(3) Fausses couches spontanées et grossesses extra-utérines

La nicotine entraîne une altération de la qualité de l'endomètre et de l'ovocyte (18), la nidation est donc plus difficile, et provoque ainsi l'augmentation du risque de fausse couche spontanée (FCS) et de grossesse extra-utérine (GEU). On remarque que 35% des GEU sont dues au tabagisme maternel (13)

b) Rôle du monoxyde de carbone

(1) Hématome rétro-placentaire

Le monoxyde de carbone (CO) se fixe à l'hémoglobine maternelle et à l'hémoglobine fœtale avec une affinité respectivement de 240 fois et de 400 fois supérieure à celle de l'oxygène. On observe donc une hypoxie des tissus et un stress oxydatif entraînant la production de radicaux libres, eux-mêmes toxiques.

Cette hypoxie tissulaire a pour conséquence un décollement du placenta qui entraîne la formation d'un hématome rétro-placentaire (HRP). L'HRP peut provoquer un retard de croissance intra-utérin, une prématurité avec les séquelles neurologiques qu'elle implique, voire le décès du nouveau-né. Sur le plan maternel, l'hématome rétro-placentaire peut être responsable de choc hémorragique, pouvant aller jusqu'au décès. (19)

(2) Conséquences sur les organes fœtaux

Afin de compenser ce manque d'oxygène, la fréquence cardiaque et le débit cardiaque fœtaux augmentent. Une vasoconstriction périphérique va se créer

afin de maintenir l'oxygénation des organes nobles (cerveau, surrénales, placenta, cœur). (20)

Outre des troubles du développement des reins (21) et/ou une atrophie du thymus (22), le tabagisme entraîne aussi une perturbation de la croissance pulmonaire avec une hyperréactivité bronchique, mécanisme responsable de l'asthme. (13)

c) Rôle des radicaux libres

(1) Rupture prématurée des membranes

Les radicaux libres favorisent la carence en vitamine C : les membranes amniotiques sont donc fragilisées. De plus, comme ils sont issus du stress oxydatif ils renforcent les ruptures prématurées des membranes (RPM).

Or les RPM ont pour conséquence une infection materno-fœtale et une entrée en travail précoce ; elles provoquent donc un tiers de la prématurité et 20% de la mortalité périnatale. (23)

d) Rôle des métaux lourds : Cadmium

(1) Retard de croissance *in utero* et conséquences

La toxicité du Cadmium, associée à l'hypoxie fœtale et à la vasoconstriction ont pour conséquence le retard de croissance *in utero* (RCIU).(11) (24)

Le RCIU entraîne un risque de morbidité et de mortalité plus élevé que les nouveau-nés eutrophiques (25) :

- difficultés respiratoires (maladies des membranes hyalines et dysplasies broncho-pulmonaires)
- baisse des réserves énergétiques et donc hypoglycémie (26)
- hypocalcémie (laryngospasme, convulsions, dyspnée, voire cardiomyopathie) (27)
- polyglobulie (érythrocyanose, insuffisance cardiaque, thrombose veineuse notamment rénale et convulsions)
- thrombopénie (hémorragie intraventriculaire cérébrale)
- neutropénie (sepsis) (28)
- microencéphalie (complications neurologiques) (29)

Le tabac a un effet dose-dépendant avec le RCIU, qui a une incidence croissante si le tabagisme dure toute la grossesse. (30)

D'ailleurs, même une faible consommation tabagique pendant la grossesse (entre 1 et 5 cigarettes par jour) est associée à un petit poids de naissance (31).

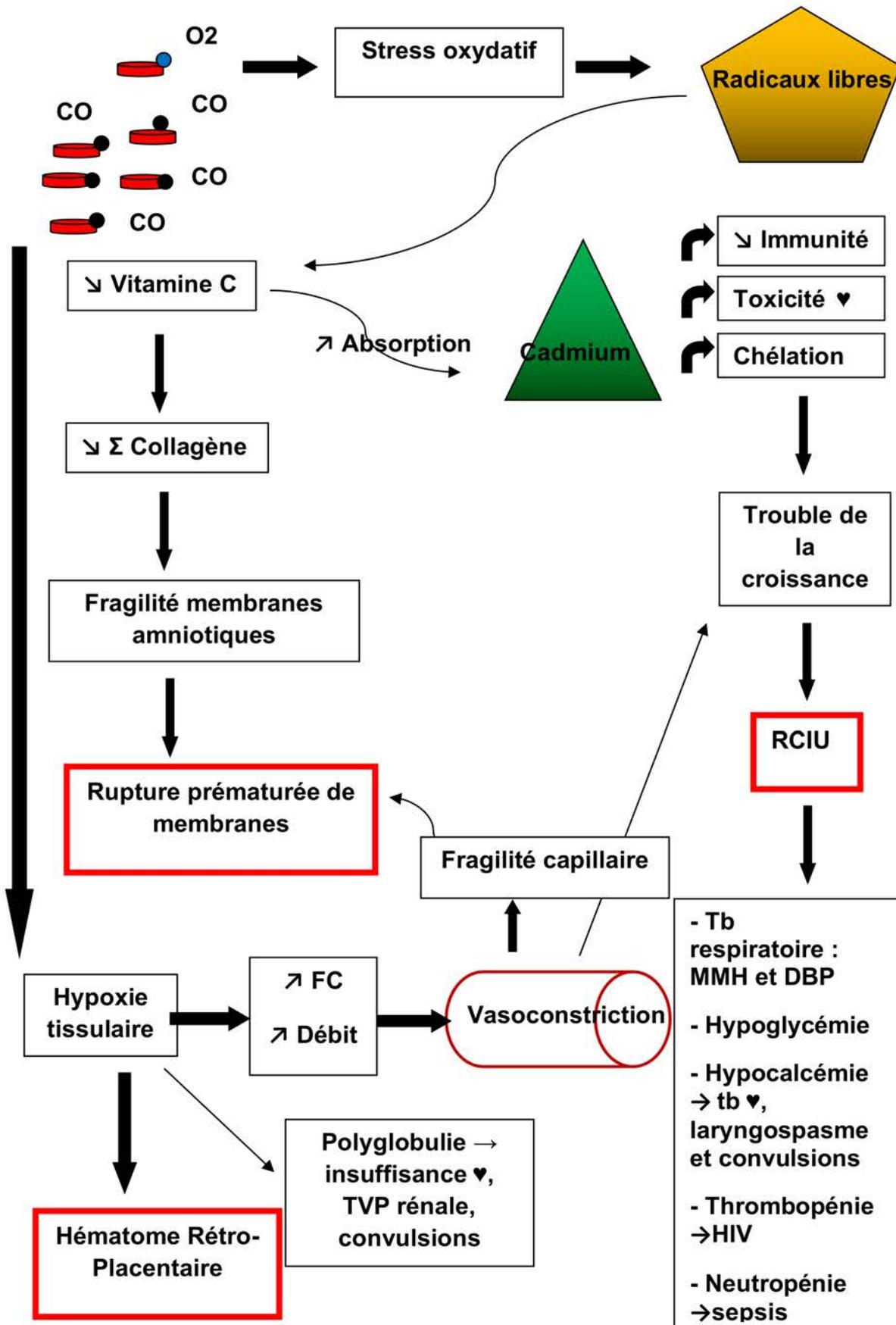


Figure 3 : Mécanismes impliquant le Monoxyde de Carbone et leurs conséquences

3. Sevrage tabagique et grossesse

a) Moyens d'aide au sevrage tabagique chez la femme enceinte

Il a été montré que les interventions d'aide au sevrage tabagique (thérapie cognitivo-comportementales (TCC), Traitements par Substitution Nicotinique (TSN)) pendant la grossesse diminuaient le taux de femmes enceintes fumeuses en fin de grossesse ainsi que le taux d'enfants né prématurés et le taux d'enfants avec un petit poids de naissance. (32)

Selon les recommandations de la HAS, il faut proposer aux femmes enceintes fumeuses une prise en charge psychologique et/ou comportementale (conseil minimal, intervention brève, entretien motivationnel, thérapie comportementale et cognitive, suivi psychologique), et dans un second temps une prise en charge pharmacologique (qui peut être utilisée en première intention en cas d'absence de motivation par une approche psychologique et comportementale seule) avec les substituts nicotiques. (7)

En 2012, la méta-analyse de Myung et al conclut à l'efficacité significative des pharmacothérapies (patchs de nicotine, gommes de nicotine et Bupropion) dans le sevrage tabagique chez les femmes enceintes. (33) Néanmoins le Bupropion présente de nombreux effets indésirables et la conférence de consensus de la HAS de 2004 déconseille son utilisation pendant la grossesse (13) , tout comme l'article de la revue Prescrire paru en 2015 qui dénonce des risques de malformations cardiaques fœtales. (34)

En 2012 également, Coleman et al publient une méta-analyse qui ne montre pas l'efficacité des TSN dans le sevrage tabagique chez les femmes enceintes.(35)

Une nouvelle méta-analyse réalisée en 2015 a inclus deux nouveaux essais cliniques randomisés de 2013 et 2014 (36), et conclut à l'efficacité des patchs de nicotine pendant la grossesse. (37)

Le principe des traitements par substitution nicotinique (TSN) est la réduction des risques : la nicotine est toujours consommée avec les risques qu'elle entraîne, mais les TSN permettent de ne plus exposer les patientes fumeuses aux substances toxiques de la fumée de cigarette, et l'exposition à la nicotine est contrôlée.

De plus, la diminution progressive des TSN permet la désaccoutumance et à la fin le sevrage de toute substance.

b) Facteurs pronostiques de sevrage tabagique pendant la grossesse

Une étude publiée dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la Reproduction en avril 2009 (38) met en évidence notamment 3 facteurs pronostiques de sevrage tabagique pendant la grossesse :

- **Le statut tabagique du conjoint** : 79% des femmes enceintes qui ont continué à fumer pendant leur grossesse avaient un conjoint fumeur contre 56% pour celles qui ont arrêté.
- **La dépendance à la nicotine** mise en évidence par la version courte du test de Fagerström : le HSI (Heaviness of Smoking Index). (39)

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1.	Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
2.	Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
	Moins de 5 minutes	3
	6 à 30 minutes	2
	31 à 60 minutes	1
	Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

(40)

- **Le manque d'informations** sur les risques liés au tabagisme gravidique : une étude montre que 29% des femmes déclarent ne pas avoir reçu d'informations quant aux risques néfastes du tabagisme sur le fœtus. (41)

c) *Post-partum et rechute*

Une étude effectuée dans l'agglomération versaillaise a montré que 50% des femmes ayant arrêté de fumer pendant leur grossesse rechutent dans les 2 à 6 mois après l'accouchement (en fonction de facteurs tels que le tabagisme du conjoint, l'exposition au tabagisme environnemental, le manque de motivation) (42). Les recommandations de la HAS de 2014 évoquent le fait que 80% des femmes sevrées pendant la grossesse rechutent l'année suivante, et 30% en post-partum immédiat. (43)

D. Place du médecin généraliste dans le sevrage tabagique de la femme enceinte

Les médecins généralistes interviennent en soins premiers puisqu'ils sont en première ligne concernant la confirmation d'une grossesse, et 87% des médecins indiquent avoir vu en consultation au moins une fois par trimestre une patiente pour ce motif. (44) Cela rentre dans les recommandations de la HAS actualisées en 2016 qui stipulent que lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque, le médecin généraliste peut assurer le suivi de celle-ci. (45)

Les recommandations de bonne pratique de la HAS de 2014 soulignent la nécessité que *« tous les intervenants de santé [incluant donc le médecin généraliste], ainsi que les futurs parents, prennent conscience des bénéfices de l'arrêt du tabac pour l'enfant à naître »*.

Par ailleurs, les recommandations stipulent que le médecin généraliste doit *« poser d'abord la question de la consommation de tabac antérieure à la grossesse, puis évaluer le tabagisme de l'entourage, avant d'interroger sur son éventuelle consommation de tabac actuelle »*.

La HAS recommande également au médecin généraliste de *« dépasser le conseil bref »*, de *« s'assurer que la patiente connaît et comprend les bénéfices de l'arrêt du tabac pour sa santé et celle de son nouveau-né »*, *« d'encourager les femmes à arrêter le plus rapidement possible »*. Elle recommande que *« les médecins prennent en charge les patientes ou les orientent au besoin vers un soutien plus structuré (TCC) »*, que les femmes doivent être informées *« que l'utilisation médicalisée des traitements*

nicotiniques de substitution durant la grossesse est moins nocive que de continuer à fumer ». (43)

Ainsi la place du médecin généraliste dans le sevrage tabagique des femmes enceintes est prépondérante.

Aussi, une étude menée en Seine Saint Denis constate que 87% des médecins généralistes déclarent interroger les femmes sur leur statut tabagique.

Cette même étude montre que 83% des médecins généralistes actualisent leurs connaissances concernant le sevrage tabagique ce qui leur permet d'aider leurs patientes à arrêter de fumer, et 53% les informent sur la nocivité du tabac.

Cependant, seulement 44% des généralistes prennent en charge le sevrage tabagique de leurs patientes si elles en font la demande et 29% des généralistes les orientent vers un tabacologue. (46)

Le Baromètre Santé de 2017 fait état que 61,9% des femmes enceintes déclarent avoir été informées sur la nocivité du tabac par le médecin ou la sage-femme qui les suit. Il fait également état que parmi les femmes enceintes fumeuses, 20,9% ont reçu le conseil d'arrêter totalement de fumer par leur médecin ou leur sage-femme, 53,4% de diminuer leur consommation et 25,7% déclarent n'avoir reçu aucun conseil. (17)

Cette étude a pour but de déterminer la prévalence des femmes enceintes fumeuses à l'annonce de leur grossesse qui ont bénéficié d'au moins une intervention de leur médecin généraliste dans leur sevrage tabagique. Elle bénéficiera donc à la spécialité de Médecine Générale en soulignant le rôle des médecins généralistes dans le sevrage tabagique.

II. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de déterminer la prévalence des femmes enceintes fumeuses à l'annonce de leur grossesse qui ont bénéficié d'au moins une intervention de leur médecin généraliste dans leur sevrage tabagique.

Les objectifs secondaires sont :

- a) Déterminer si l'information délivrée par le médecin traitant a favorisé le sevrage tabagique de leur patiente.
- b) Déterminer si l'absence d'information sur le remboursement des TSN est un facteur de risque de non-utilisation.
- c) Identifier les facteurs pronostiques de sevrage tabagique dans notre population.

III. Méthodes

A. Caractéristiques générales de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, rétrospective, menée au sein d'une maternité de niveau III (réalisant environ 5700 naissances par an), dans un service de suites de naissances.

L'étude était donc monocentrique et a duré 7 semaines. Elle a débuté le 11 mai 2020 et s'est terminée le 28 juin 2020.

B. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion dans cette étude étaient :

- Être une femme

- Être majeure
- Avoir accouché entre mai et juin 2020
- Être fumeuse à l'annonce de la grossesse

C. Critères d'exclusion

Le critère d'exclusion dans cette étude était :

- S'opposer à l'utilisation de leurs données

D. Déroulement de l'étude

Nous avons interrogé des femmes ayant accouché entre mai 2020 et juin 2020 à l'hôpital Jeanne de Flandres à Lille, pour savoir si elles fumaient avant ou pendant la grossesse.

Nous avons distribué avec l'accord du chef de service de la maternité de Jeanne de Flandres un questionnaire de 18 questions à choix multiple. Les données ont été reportées et collectées, puis traitées par analyse statistique.

E. Aspects éthiques

Le questionnaire a fait l'objet d'une évaluation par le délégué à la protection des données de l'Université de Lille. Il est enregistré au DPO sous la référence 2020-102. Il est exonéré de déclaration pour anonymisation à la source.

Cette étude ne relève pas d'une déclaration au CPP car les recherches non interventionnelles rétrospectives ne relèvent pas de la Loi Jardé.

F. Questionnaire

Le questionnaire a été rédigé après avoir effectué une revue bibliographique, et est disponible en Annexe 2.

- **Les données socio-démographiques :**

Nous avons recueilli les données sur l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la profession et le niveau d'études des patientes. Nous avons distingué les catégories socio-professionnelles en nous fondant sur les catégories statistiques de l'INSEE à savoir : agricultrice ou exploitante, artisan ou commerçante ou chef d'entreprise, cadre ou profession intellectuelle supérieure, profession intermédiaire, employée, ouvrière.

- **Le rapport au tabac de la patiente au début de la grossesse :**

Nous avons recueilli les facteurs pronostiques du sevrage pendant la grossesse : statut tabagique du.de la conjoint.e, dépendance évaluée via la version courte du test de Fagerström.

- **Le rapport au tabac de la patiente pendant la grossesse :**

Nous avons demandé l'évolution de la consommation de la patiente en fonction des trimestres de la grossesse.

En tenant compte des recommandations de bonne pratique de la HAS de 2014, nous lui avons demandé si son médecin traitant l'avait interrogée sur son statut tabagique avant et pendant la grossesse, sur le statut tabagique de son.sa conjoint.e, si son médecin traitant lui avait conseillé d'arrêter complètement sa consommation tabagique, et s'il lui avait donné des informations sur les effets du tabagisme sur sa santé et sur celle de son nouveau-né.

Nous lui avons demandé également si son médecin traitant lui avait proposé un suivi psychologique pour arrêter de fumer, s'il lui avait expliqué qu'il valait

mieux utiliser les substituts nicotiques (patch, gomme, pastille) pendant la grossesse que de continuer à fumer et s'il lui avait expliqué que les substituts nicotiques sont remboursés à 65% par l'assurance maladie obligatoire.

- **Avis et perspectives de la patiente :**

Nous lui avons demandé si elle pensait qu'il était préférable de diminuer la consommation tabagique plutôt que d'arrêter *complètement* de fumer pendant la grossesse, afin d'évaluer son degré d'information et si l'information avait été comprise. En effet, le manque d'information est un des facteurs pronostiques du sevrage tabagique pendant la grossesse.

Nous lui avons également demandé si elle trouvait que le remboursement à 65% par l'assurance maladie des substituts nicotiques (patch, gomme, pastille) l'avait aidé dans sa démarche de sevrage tabagique.

Enfin, nous lui avons demandé si elle pensait poursuivre son sevrage tabagique, afin d'évaluer s'il y a une différence entre le désir de poursuite du sevrage et les données recueillies dans le Baromètre Santé de 2017.

G. Calcul du nombre de sujets nécessaires

Le calcul du nombre de sujets à inclure a été déterminé selon la formule suivante :

$$n = t^2 \times p (1-p) / m^2$$

- n : Taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats significatifs pour un événement et un niveau de risque fixé
- t : Niveau de confiance (la valeur type du niveau de confiance de 95 % sera 1,96)

p : proportion estimée de la population qui présente la caractéristique « avoir au moins une intervention de son médecin traitant dans la prise en charge de son sevrage tabagique »: 25,7% des femmes enceintes fumeuses déclaraient selon le Baromètre santé de 2017 n'avoir reçu aucun conseil sur leur consommation tabagique, on en déduit que 74,3% des femmes enceintes fumeuses en ont reçu un. Par ailleurs, ce même rapport indique que 27,9% des femmes fument à l'annonce de leur grossesse. On obtient ainsi $p = 0,743 \times 0,279 = 0,207$

- m : Marge d'erreur de 5%

Ainsi, on obtient un effectif de 253 patientes à interroger a minima.

H. Analyse statistique

Les réponses aux questionnaires ont été saisies dans une feuille de calcul Microsoft Excel® sous forme de variables.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel STATA 14®.

Nous avons procédé en premier lieu à une analyse descriptive des données via un calcul de moyenne et d'écart type. Cela nous a permis de déterminer la prévalence des femmes enceintes fumeuses à l'annonce de leur grossesse qui ont bénéficié d'au moins une intervention de leur médecin généraliste dans leur sevrage tabagique (objectif principal). Puis, à l'aide du test du Chi 2 des comparaisons entre notre population et celle du Baromètre Santé 2017 ont été réalisées. Ensuite, des analyses bivariées ont été effectuées à l'aide des tests exacts de Fisher. Le risque alpha était fixé à 0,05.

I. Critères de qualité méthodologique

Les critères de qualité méthodologique et de rédaction retenus sont définis selon le Strobe Statement (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology). (cf annexe 3) (47)

IV. Résultats

A. Population

1. Population analysée

Nous avons recruté 301 patientes ayant accouché à l'Hôpital Jeanne de Flandres à Lille entre mai et juin 2020. Deux cents trente et une patientes ont été exclues puisqu'elles ne fumaient pas à l'annonce de leur grossesse. Aucune patiente n'a refusé que ses données soit utilisées.

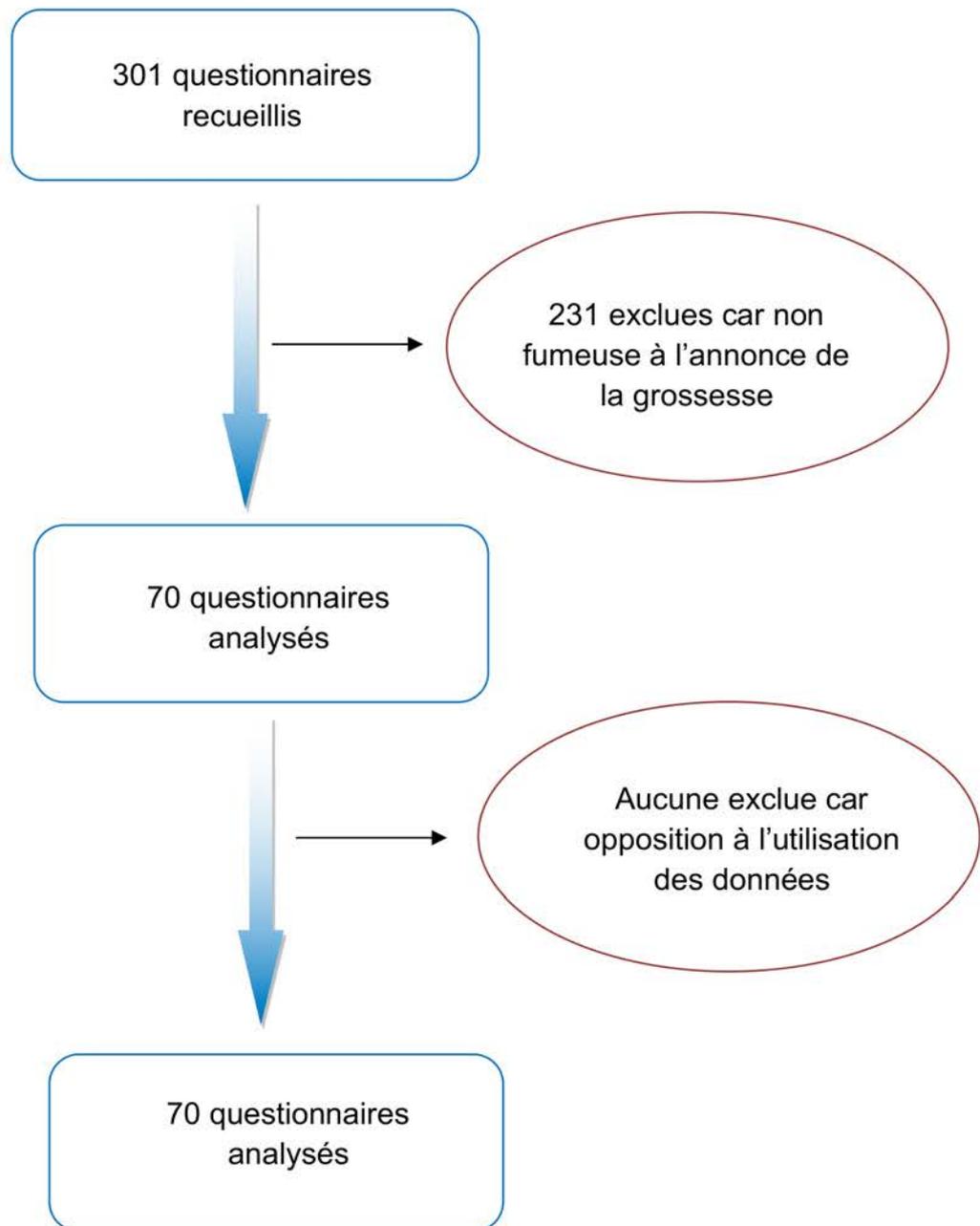


Figure 4 : Diagramme de flux

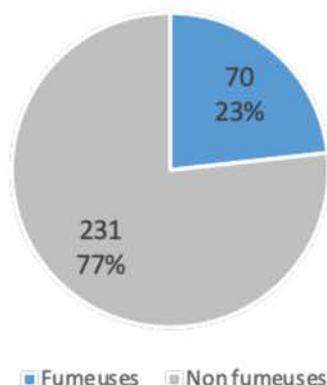


Figure 5 : Part des patientes fumeuses dans la population étudiée

a) **Caractéristique de la population**

(1) **Âge**

Nous avons donc inclus 70 patientes, dont l'âge moyen était de 32 ans, avec un écart-type de 7 ans.

Dix des 70 patientes n'ayant pas arrêté de fumer pendant leur grossesse (soit 14,3%) avaient entre 20 et 25 ans, 17 (24,3%) entre 25 et 30 ans, 29 (41,4%) entre 30 et 35 ans, 13 (18,6%) entre 35 et 40 ans, 1 (1,4%) entre 40 et 45 ans.

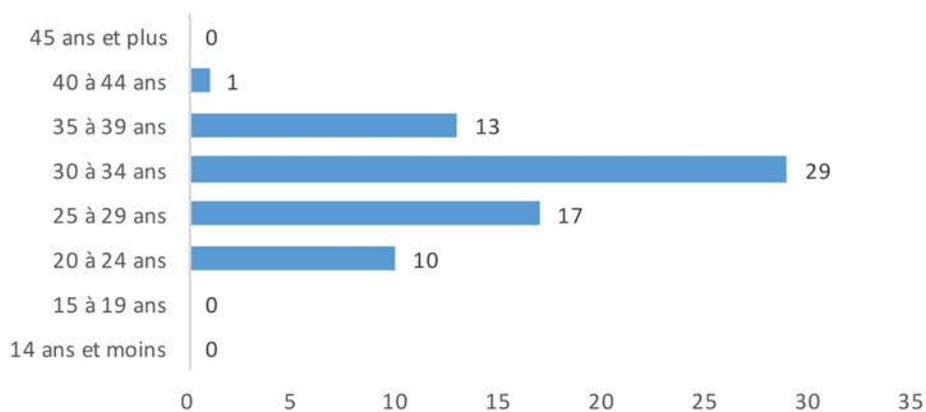


Figure 6 : Répartition des patientes n'ayant pas cessé de fumer par âge (moyenne 32 ans)

(2) Part des femmes ayant déjà des enfants

Trente-trois des femmes interrogées (soit 47,1% des effectifs) signalent avoir déjà des enfants.

(3) Profession et catégorie socio-professionnelle

Près de 63% des femmes (soit 44) sont actives, et parmi ces femmes la catégorie socio-professionnelle qui prédomine est d'être employée, avec 26 patientes (37,1%).

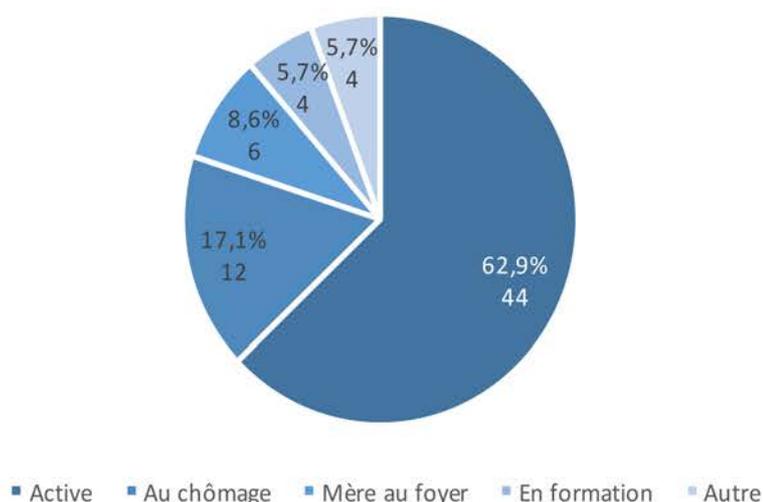


Figure 7 : Répartition des patientes selon leur profession

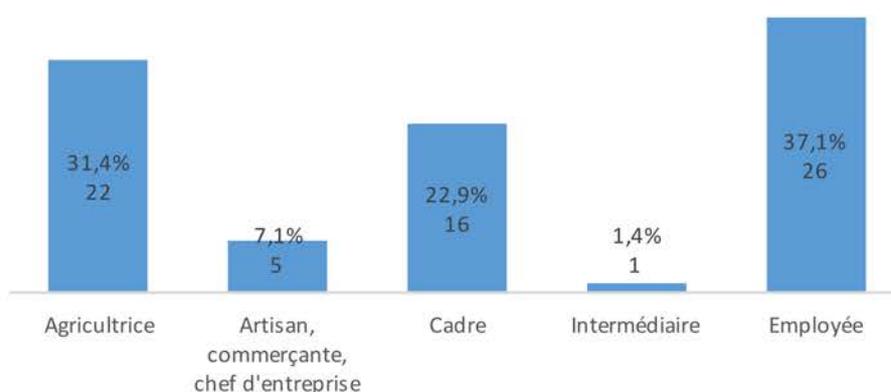


Figure 8 : Répartition des patientes selon leur catégorie socio-professionnelle

(4) Niveau d'études

La plupart des patientes ont un diplôme supérieur à une licence (34,3%). Vingt-quatre virgule trois pour cent (soit 17 personnes) des femmes ont arrêté leurs études avant l'obtention du bac (sans diplôme, CAP/BEP et lycée), 24,3% (soit 17 personnes) n'ont pas continué leurs études après l'obtention du bac au bac et 51,4% (soit 36 femmes) ont continué leurs études après l'obtention du bac (Bac + 2 et au-delà).

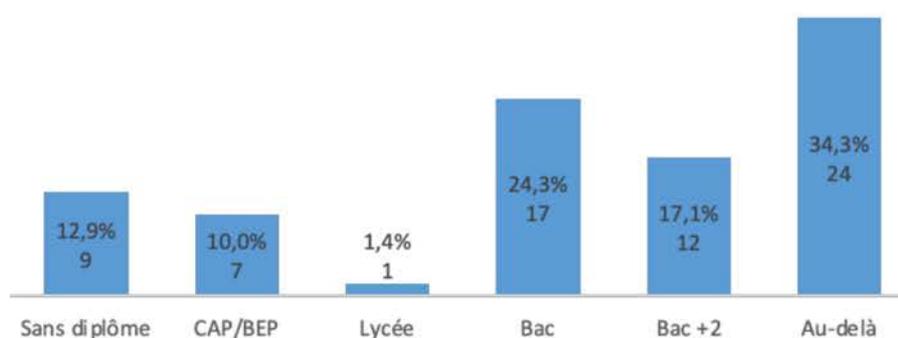


Figure 9 : Répartition des patientes par niveau d'études

(5) Part des femmes fumeuses à l'annonce de leur grossesse

Notons que la proportion de femmes qui ont déclaré qu'elles fumaient lorsqu'elles ont appris être enceintes est de 23,3%.

(6) Statut tabagique du conjoint

Soixante-quatorze virgule trois pour cent (soit 52 personnes) des femmes incluses avaient un conjoint fumeur.

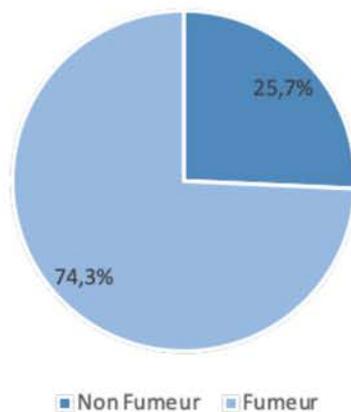


Figure 10 : Répartition des patientes selon que le statut tabagique du conjoint

b) Consommation tabagique des patientes

(1) Répartition des patientes selon l'évolution de leur consommation tabagique

Quarante pour cent (soit 28 patientes) ont déclaré avoir arrêté de fumer dès qu'elles ont appris leur grossesse, 54,3% (soit 38 patientes) ont diminué la quantité de tabac fumé et 5,7 % (soit 4 patientes) n'ont pas diminué.

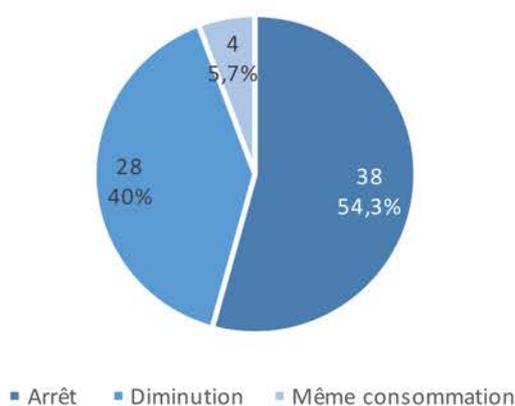


Figure 11 : Évolution de la consommation de tabac une fois la grossesse annoncée

(2) Dépendance

Nous avons également analysé la dépendance au tabac des patientes interrogées en nous basant sur la version courte du test de Fagerström.

D'après la version courte du test de Fagerström, 5,7% (soit 4 patientes) de notre population présentaient une dépendance forte à l'annonce de la grossesse, 31,4% (soit 22 patientes) une dépendance modérée et 62,9% (soit 44 patientes) ne présentaient pas de dépendance.

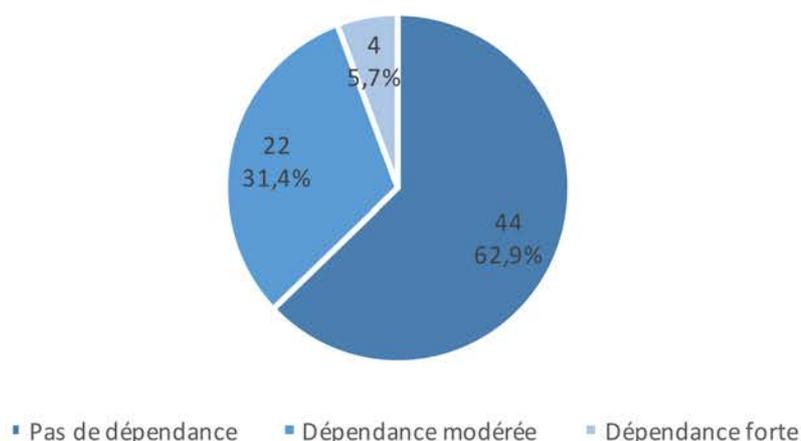


Figure 12 : Répartition des patientes selon leur niveau de dépendance avant la grossesse

(3) Évolution de la consommation en fonction du trimestre de grossesse

• Au premier trimestre de grossesse

Quatre-vingt-deux virgule neuf pourcent des patientes fumaient 10 cigarettes ou moins par jour (soit 58 patientes), 14,3% fumaient 11 à 20 cigarettes par

jour (soit 10 patientes) et 2,9% fumaient 21 à 30 cigarettes par jour (soit 2 patientes).

- **Au deuxième trimestre de grossesse**

Quatre-vingt-huit virgule six pour cent des patientes fumaient 10 cigarettes ou moins par jour (soit 62 patientes), 10% fumaient 11 à 20 cigarettes par jour (soit 7 patientes) et 1,4% fumaient 21 à 30 cigarettes par jour (soit 1 patiente).

- **Au troisième trimestre de grossesse**

Quatre-vingt-dix pour cent des patientes fumaient 10 cigarettes ou moins par jour (soit 63 patientes), 8,6% fumaient 11 à 20 cigarettes par jour (soit 6 patientes) et 1,4% fumaient 21 à 30 cigarettes par jour (soit 1 patiente).

Aucune patiente ne déclarait consommer plus de 31 cigarettes par jour.

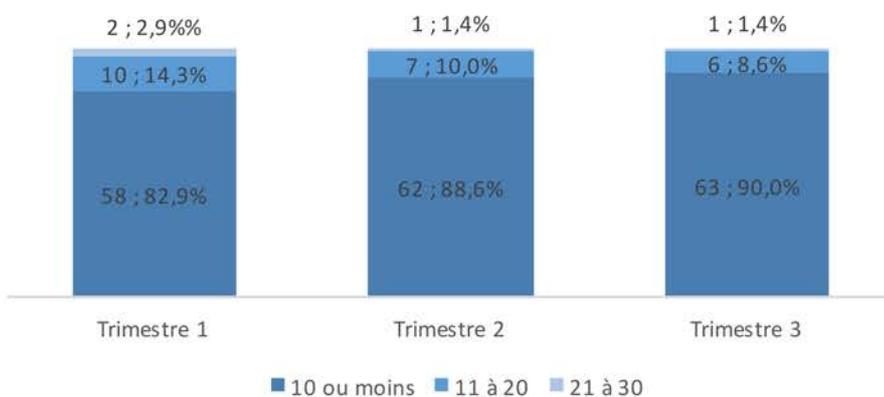


Figure 13 : Évolution du nombre de cigarettes fumées selon le trimestre de grossesse

c) **Interventions du médecin traitant**

(1) **Statut tabagique avant et pendant la grossesse**

Parmi les femmes incluses, 57,1% (soit 40 patientes) déclaraient avoir été interrogées par leur médecin traitant sur le statut tabagique avant la grossesse, 58,6% (soit 41 patientes) sur leur statut pendant la grossesse.

(2) Statut tabagique du.de la conjoint.e

Quinze virgule sept pour cent (soit 11 patientes) ont déclaré que leur médecin traitant les avait interrogées sur le statut tabagique de leur conjoint.e.

(3) Conseil d'arrêt complet

D'après les patientes incluses, 41,4% (soit 29 patientes) ont reçu de leur médecin généraliste le conseil d'arrêter complètement de fumer.

(4) Informations délivrées

- Informations sur les effets du tabac

Enfin, 37,1% (soit 26 patientes) des femmes incluses déclaraient que leur médecin généraliste les avait informées des effets du tabac sur leur santé et sur celle de leur bébé.

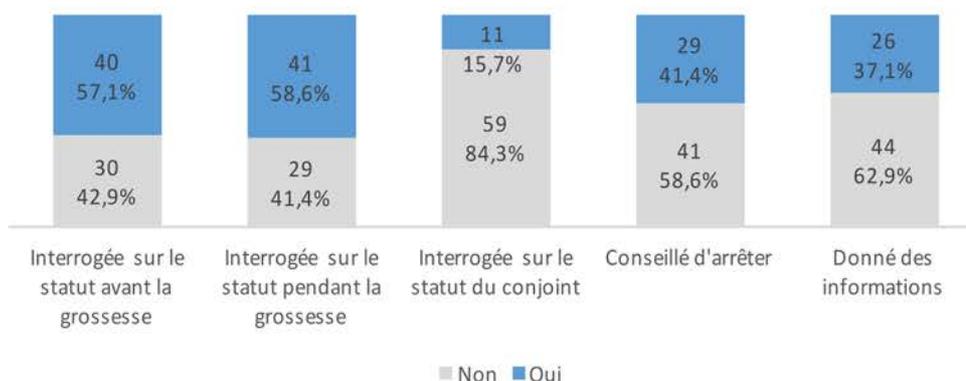


Figure 14 : Répartition des patientes selon les interventions du médecin

(5) Ce que le médecin traitant a fait

Dans notre population, le médecin traitant a proposé un suivi psychologique pour arrêter de fumer dans 10% des cas (soit pour 7 patientes), il a expliqué qu'il valait mieux utiliser les TSN que de continuer de fumer dans 31,4% des cas (soit pour 22 patientes) et il a informé les patientes du remboursement à 65% des TSN dans 22,9% des cas.

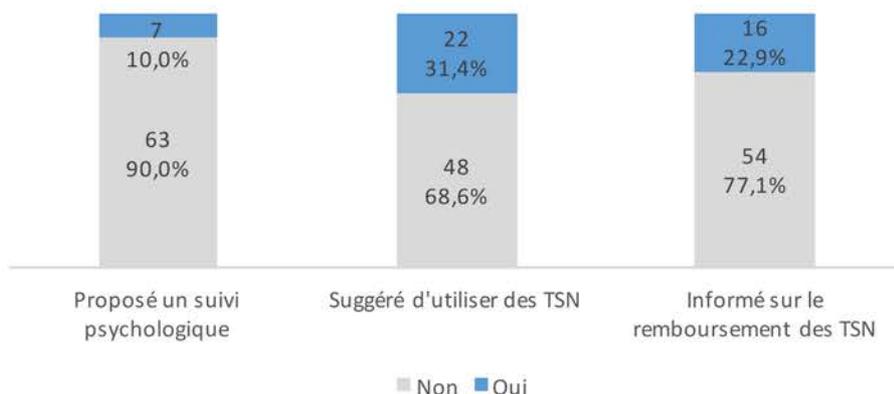


Figure 15 : Répartition des patientes selon ce qu'a fait le médecin traitant

d) Avis et perspectives des patientes

Parmi les femmes incluses, 25,71% (soit 18 patientes) pensent qu'il est préférable de diminuer la consommation tabagique plutôt que d'arrêter complètement de fumer.

Trente et un virgule quatre pour cent des femmes incluses (soit 22 patientes) estiment que le remboursement à 65% des TSN a été un facteur favorisant leur sevrage tabagique.

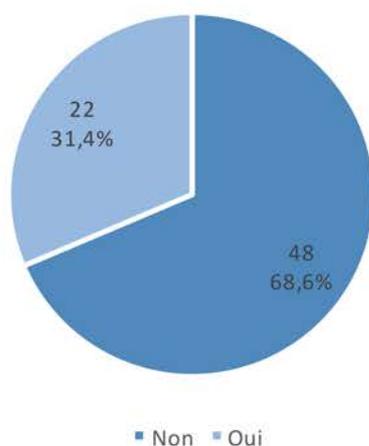


Figure 16 : Répartition des patientes qui estiment que le remboursement des TSN les a aidées ou non dans leur démarche de sevrage tabagique

Quatre-vingt-huit virgule six pour cent des femmes interrogées (soit 62 patientes) ayant diminué ou stoppé leur consommation tabagique pense prolonger leur sevrage.

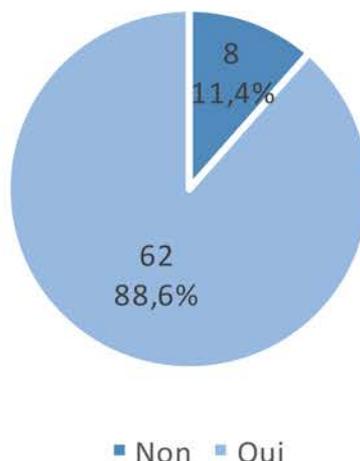


Figure 17 : Répartition des patientes selon la décision de prolonger ou non leur sevrage après la grossesse

B. Comparaison de notre population avec celle du Baromètre Santé

2017

1. Âge

En répartissant les femmes interrogées selon les mêmes classes d'âge que celles du Baromètre 2017, on observe que les populations sont comparables pour un risque à 5%.

	Analyse	Baromètre	Structure analyse	Structure baromètre	Ecart	Ecart^2	Effectif marginal
18-24	10	123	14,3%	7,6%	0,066365	0,0044043	133
25-34	46	1033	65,7%	64,2%	0,01473	0,000217	1079
>34	14	452	20,0%	28,1%	-0,081095	0,0065763	466
Total	70	1608	1	1	0	0	1678

A	4,743E-05
χ^2 obs	5,3385078
χ^2 2 DL 95%	5,9915

Figure 18 : Comparaison des proportions par classe d'âge à l'aide du test du χ^2

2. Niveau d'études

Concernant le niveau d'études, notre population est comparable à celle du Baromètre Santé 2017 pour un risque à 5%.

	Analyse	Baromètre	Structure analyse	Structure baromètre	Ecart	Ecart^2	Effectif marginal
<Bac	17	364	24,3%	22,7%	0,01592447	0,000253589	381
Bac	17	327	24,3%	20,4%	0,03899181	0,001520361	344
>Bac	36	913	51,4%	56,9%	-0,0549163	0,003015798	949
Total	70	1604	1	1	0	0	1674

A	8,26311E-06
χ^2 obs	0,927782078
χ^2 2 DL 95%	5,9915

Figure 19 : Comparaison des proportions par niveau d'études à l'aide du test du χ^2

3. Part des patientes fumeuses à l'annonce de leur grossesse

Notre population est comparable à celle du Baromètre Santé 2017 sur ce point, pour un risque à 5%.

	Analyse	Baromètre	Structure analyse	Structure baromètre	Ecart	Ecart^2	Effectif marginal
Oui	70	1608	23,3%	27,9%	-0,0464632	0,002158829	1678
Non	231	4155	76,7%	72,1%	0,0464632	0,002158829	4386
Total	301	5763	1	1	0	0	6064

A	1,77876E-06
χ^2 obs	3,08554599
χ^2 1 DL 95%	3,8415

Figure 20 : Comparaison de la proportion des femmes interrogées qui fumaient à l'annonce de leur grossesse à l'aide du test du χ^2

C. Objectif principal

Sur 70 patientes analysées dans ce travail, 51 ont bénéficié d'au moins une intervention de leur médecin généraliste dans leur sevrage tabagique. Cela représente une prévalence de 72,9%.

	Effectif	Proportion
Non	19	27,1%
Oui	51	72,9%
Total	70	100,0%

Figure 21 : Prévalence des femmes enceintes fumeuses à l'annonce de leur grossesse qui ont bénéficié d'au moins une intervention de leur médecin traitant dans leur sevrage tabagique

D. Objectifs secondaires

1. Informations délivrées par le médecin traitant comme facteur favorisant le sevrage tabagique

Nous avons réparti les patientes en 3 groupes : celles qui ont arrêté leur consommation (groupe « Arrêt »), celles qui ont diminué leur consommation (groupe « Diminution ») et celles qui ont poursuivi la même consommation (groupe « Consommation identique »).

a) Informations sur les effets du tabac

Quand on interroge les patientes sur l'information qui fait le lien entre le tabagisme et la santé de la mère et du nouveau-né, observe que :

- Soixante-deux virgule neuf pour cent (44/70) des patientes disent ne pas avoir reçu d'information du médecin traitant et parmi elles 6,8% n'ont pas modifié leur consommation de tabac

- Parmi les patientes informées : 42,3% ont cessé de fumer, 53,8% ont diminué leur consommation et 3,8% n'ont pas modifié leur consommation (soit un gain de 66% par rapport aux patientes non informées)

Cette différence n'est **pas significative** ($p= 0,171$).

QINFO	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Non	27 (61,4 %)	14 (31,8 %)	3 (6,8 %)	44
Oui	11 (42,3 %)	14 (53,8 %)	1 (3,8 %)	26
Total	38	28	4	70

$p = 0,171$

Figure 22 : Évolution de la consommation et information donnée par le médecin traitant

b) Au moins une intervention du médecin traitant

À la question « Pendant votre grossesse, est-ce que votre médecin traitant vous a donné des informations sur les effets du tabagisme sur votre santé et sur celle de votre nouveau-né ? », les réponses étaient :

- Vingt-sept virgule 1 pour cent (19/70) des femmes disent ne pas avoir été informées, et 10,5% d'entre elles poursuivent leur consommation
- Parmi les patientes informées : 52,9% ont cessé de fumer, 43,1% ont diminué leur consommation et 3,9% ont maintenu leur consommation (soit un gain de 62,8% par rapport aux patientes non informées)

Cette différence n'est **pas significative** ($p= 0,421$).

INTERV	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Non	11 (57,9%)	6 (31,6%)	2 (10,5%)	19
Oui	27 (52,9%)	22 (43,1%)	2 (3,9%)	51
Total	38	28	4	70

$p= 0,421$

Figure 23 : Évolution de la consommation et intervention du médecin traitant

c) Statut tabagique avant la grossesse demandé par le médecin traitant

À la question « Votre médecin traitant vous a-t-il interrogée sur votre statut tabagique avant la grossesse ? », les réponses étaient :

- Quarante-deux virgule neuf pour cent (30/70) disent de pas avoir été interrogées par le médecin traitant et 6,7% d'entre elles ont maintenu leur consommation
- Parmi celles qui l'ont été : 57,5% ont cessé de fumer, 37,5% ont diminué leur consommation et 5,0% ont maintenu leur consommation (soit un gain de 25,4% par rapport aux femmes non informées)

Cette différence n'est **pas significative** ($p= 0,796$).

QAV	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Non	15 (50,0%)	13 (43,3%)	2 (6,7%)	30
Oui	23 (57,5%)	15 (37,5%)	2 (5,0%)	40
Total	38	28	4	70

$p= 0,796$

Figure 24 : Évolution de la consommation et intervention du médecin traitant sur le statut tabagique avant la grossesse

d) Statut tabagique pendant la grossesse demandé par le médecin traitant

À la question « *Votre médecin traitant vous a-t-il interrogée sur votre statut tabagique pendant la grossesse ?* », les réponses étaient :

- Quarante et un virgule quatre pour cent (29/70) disent de pas avoir été interrogées et 10,3% d'entre elles ont poursuivi leur consommation
- Parmi celles qui ont été interrogées : 51,2% ont cessé de fumer, 46,3% ont diminué leur consommation et 2,4% ont maintenu leur consommation (soit un gain de 76,7% par rapport aux femmes non informées)

Cette différence n'est **pas significative** ($p= 0,219$).

QPDT	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Non	17 (58,6%)	9 (31,0%)	3 (10,3%)	29
Oui	21 (51,2%)	19 (46,3%)	1 (2,4%)	41
Total	38	28	4	70

$p= 0,219$

Figure 25 : Évolution de la consommation et interrogation du médecin traitant sur le statut tabagique d'avant la grossesse

e) Statut tabagique du.de la conjoint.e demandé par le médecin traitant

À la question « *Votre médecin traitant vous a-t-il interrogée sur le statut tabagique de votre conjoint.e ?* », les réponses étaient :

- Quatre-vingt-quatre virgule trois pour cent des patientes disent de pas avoir été interrogées (59/70)
- Parmi celles qui l'ont été : 45,5% ont cessé leur consommation, 54,5% ont diminué et aucune n'a maintenu la même consommation (gain 100% par rapport à celles qui n'ont pas été interrogées)

Cette différence n'est **pas significative** ($p= 0,560$).

QCON	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Non	33 (55,9%)	22 (37,3%)	4 (6,8%)	59
Oui	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0 (0,0%)	11
Total	38	28	4	70

$p= 0,560$

Figure 26 : Évolution de la consommation et interrogation du médecin traitant sur le statut tabagique du conjoint .e

f) Conseil d'arrêter complètement la consommation tabagique

À la question « *Votre médecin traitant vous a-t-il conseillée d'arrêter **complètement** votre consommation tabagique ?* », les réponses étaient :

- Cinquante-huit virgule six pour cent (41/70) disent ne pas avoir été conseillées
- Parmi celles qui l'ont été : 51,7% ont cessé, 44,8% ont diminué et 3,4% ont maintenu leur consommation (gain 66,7% par rapport à celles qui n'ont pas été conseillées)

Cette différence n'est **pas significative** ($p= 0,732$).

QARR	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Non	23 (56,1%)	15 (36,6%)	3 (7,3%)	41
Oui	15 (51,7%)	13 (44,8%)	1 (3,4%)	29
Total	38	28	4	70

$p= 0,732$

Figure 27 : Évolution de la consommation et conseil du médecin traitant d'arrêter complètement la consommation tabagique

g) Proposition d'un suivi psychologique

À la question « Votre médecin traitant vous a-t-il proposé un suivi psychologique pour arrêter de fumer ? », les réponses étaient :

- Quarante-vingt-dix pour cent (63/70) disent de pas avoir été interrogées
- Parmi celles qui l'ont été : 14,3% ont arrêté, 71,4% ont diminué et 14,3% ont poursuivi la même consommation

Cette différence n'est **pas significative** ($p= 0,078$).

PSY	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Non	37 (58,7%)	23 (36,5%)	3 (4,8%)	63
Oui	1 (14,3%)	5 (71,4%)	1 (14,3%)	7
Total	38	28	4	70

$p= 0,078$

Figure 28 : Évolution de la consommation et proposition par le médecin traitant d'un suivi psychologique

h) Information du remboursement à 65% par l'Assurance

Maladie des TSN

À la question « *Votre médecin traitant vous a-t-il expliqué que les substituts nicotiques sont remboursés à 65% par l'assurance maladie obligatoire ?* », les réponses étaient :

- Soixante-dix-sept virgule un pour cent (54/70) disent ne pas avoir été informées
- Parmi celles qui l'ont été : 25,0% ont cessé de fumer, 68,8% ont diminué et 6,3% ont maintenu leur consommation

Cette différence est **significative** ($p= 0,021$).

REMB	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Non	34 (63,0%)	17 (31,5%)	3 (5,6%)	54
Oui	4 (25,0%)	11 (68,8%)	1 (6,3%)	16
Total	38	28	4	70

$p= 0,021$

Figure 29 : Évolution de la consommation et information par le médecin traitant du remboursement des TSN

i) Recommandation par le médecin traitant d'utiliser les

TSN

À la question « *Votre médecin traitant vous a-t-il expliqué qu'il valait mieux utiliser les substituts nicotiques pendant la grossesse que de continuer à fumer ?* », les réponses étaient :

- Soixante-huit virgule six pour cent (48/70) disent ne pas avoir été informées
- Parmi celles qui l'ont été : 22,7% ont cessé de fumer, 77,3% ont diminué et aucune n'a maintenu sa consommation (gain 100% par rapport à celles qui n'ont pas été informées)

Cette différence est **significative** ($p < 0,001$).

TSN	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Non	33 (68,8%)	11 (22,9%)	4 (8,3%)	48
Oui	5 (22,7%)	17 (77,3%)	0 (0,0%)	22
Total	38	28	4	70

$p < 0,001$

Figure 30 : Évolution de la consommation et recommandation du médecin traitant d'utiliser les TSN

2. Remboursement à 65% des TSN comme facteur favorisant le sevrage tabagique

À la question « *Trouvez-vous que le remboursement à 65% par l'assurance maladie des substituts nicotiques vous a aidé dans votre démarche de sevrage tabagique ?* », les réponses étaient :

- Quatre-vingt-cinq virgule sept pour cent (60/70) estiment que ce remboursement n'a pas favorisé leur sevrage
- Parmi celle qui disent que ce remboursement a favorisé leur sevrage : 60,0% ont cessé de fumer, 40,0% ont diminué leur consommation et aucune n'a maintenu sa consommation

Cette différence n'est **pas significative** ($p = 1$).

SECU	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
N'a pas aidé	32 (53,3%)	24 (40,0%)	4 (6,7%)	60
A aidé	6 (60,0%)	4 (40,0%)	0 (0,0%)	10
Total	38	28	4	70

$p= 1,00$

Figure 31 : Évolution de la consommation et avis de la patiente sur l'utilité du remboursement des TSN

3. Absence d'information sur le remboursement des TSN comme facteur de risque de leur non-utilisation

Quand on interroge les patientes pour savoir si le remboursement des TSN à 65% avait favorisé leur sevrage tabagique ET pour savoir si le médecin traitant les en avait informées, on observe que :

- Soixante-dix-sept virgule un pour cent (54/70) disent de pas avoir été interrogées
- Parmi elles qui l'ont été : 56,3% considèrent que le remboursement à 65% n'a pas favorisé leur sevrage et 43,8% considèrent que le remboursement à 65% a favorisé leur sevrage

Cette différence est **significative** ($p= 0,001$).

REMB	SECU		Total
	Non	Oui	
Non	51 (94,4%)	3 (5,6%)	54
Oui	9 (56,3%)	7 (43,8%)	16
Total	60	10	70

$p= 0,001$

Figure 32 : Avis de la patiente sur l'utilité du remboursement des TSN et information du médecin traitant sur le remboursement des TSN

4. Facteurs pronostiques de sevrage tabagique dans notre population

a) Statut professionnel

Quand on compare les groupes de patientes en fonction de leur statut professionnel on observe que :

- Soixante-seize virgule trois pour cent de celles qui ont arrêté sont actives
- Cinquante pour cent de celles qui ont diminué sont actives
- Cinquante pour cent de celles qui ont poursuivi leur consommation sont au chômage

Cette différence est **significative** ($p= 0,018$).

PROF	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Active	29 (76,3%)	14 (50,0%)	1 (25,0%)	44
Au chômage	4 (10,5%)	6 (21,4%)	2 (50,0%)	12
Mère au foyer	0 (0,0%)	5 (17,9%)	1 (25,0%)	6
En formation	3 (7,9%)	1 (3,6%)	0 (0,0%)	4
Autre	2 (5,3%)	2 (7,1%)	0 (0,0%)	4
Total	38	28	4	70

$p= 0,018$

Figure 33 : Évolution de la consommation de tabac pendant la grossesse et statut professionnel

b) Catégorie socio-professionnelle

Quand on compare les groupes de patientes en fonction de leur catégorie socio-professionnelle, on observe que :

- Soixante-treize virgule six pour cent de celles qui ont cessé de fumer sont cadres ou employées

- Quatre-vingt-cinq virgule huit pour cent de celles qui ont diminué sont agricultrices ou employées
- Soixante-quinze pour cent de celles qui ont poursuivi leur consommation sont agricultrices

Cette différence est **significative** ($p= 0,002$).

CSP	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Agricultrice	7 (18,4%)	12 (42,9%)	3 (75,0%)	22
Artisan, commerçante	3 (7,9%)	2 (7,1%)	0 (0,0%)	5
Cadre	14 (36,8%)	2 (7,1%)	0 (0,0%)	16
Intermédiaire	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (25,0%)	1
Employée	14 (36,8%)	12 (42,9%)	0 (0,0%)	26
Total	38	28	4	70

$p= 0,002$

Figure 34 : Évolution de la consommation de tabac pendant la grossesse et catégorie socio-professionnelle

c) Niveau d'études

Quand on compare les groupes de patientes en fonction de leur niveau d'études on observe que :

- Quarante-sept virgule quatre pour cent de celles qui ont arrêté ont étudié au-delà de Bac + 2
- Vingt-cinq pour cent de celles qui ont diminué ont arrêté les études après le Bac
- Cinquante pour cent de celles qui ont poursuivi leur consommation sont sans diplôme

Cette différence est **significative** ($p= 0,024$).

ETU	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Sans diplôme	1 (2,6%)	6 (21,4%)	2 (50,0%)	9
CAP / BEP	2 (5,3%)	5 (17,9%)	0 (0,0%)	7
Lycée	1 (2,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1
Bac	9 (23,7%)	7 (25,0%)	1 (25,0%)	17
Bac +2	7 (18,4%)	5 (17,9%)	0 (0,0%)	12
Au-delà	18 (47,4%)	5 (17,9%)	1 (25,0%)	24
Total	38	28	4	70

$p= 0,024$

Figure 35 : Évolution de la consommation de tabac pendant la grossesse et niveau d'études

d) Cas de celles qui ont déjà vécu au moins une grossesse

Quand on compare les groupes de patientes en tenant compte du fait qu'elles aient eu une ou plusieurs grossesses antérieures, on observe que :

- Trente-six virgule huit pour cent ont arrêté de fumer
- Cinquante-sept virgule un pour cent ont diminué leur consommation
- Soixante-quinze pour cent ont poursuivi leur consommation

Cette différence n'est pas **significative** ($p= 0,150$).

ENF	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Non	24 (63,2%)	12 (42,9%)	1 (25,0%)	60
Oui	14 (36,8%)	16 (57,1%)	3 (75,0%)	10
Total	38	28	4	70

$p= 0,150$

Figure 36 : Évolution de la consommation de tabac pendant la grossesse et notion de grossesses antérieures

e) Niveau de dépendance au tabac en début de grossesse

Quand on compare les groupes de patientes en fonction de leur dépendance au tabac en début de grossesse (évaluée avec la version courte du questionnaire de Fagerström), on observe que :

- Parmi celles qui n'ont pas de dépendance en début de grossesse : 68,2% ont cessé de fumer, 27,3% ont diminué leur consommation et 4,5% ont maintenu leur consommation
- Parmi celles qui ont dépendance modérée en début de grossesse : 36,4% ont cessé de fumer, 59,1% ont diminué leur consommation et 4,5% ont maintenu leur consommation
- Parmi celles qui ont eu dépendance forte en début de grossesse : aucune n'a cessé de fumer, 75,0% ont diminué leur consommation et 25,0% ont maintenu leur consommation

Cette différence est **significative** ($p= 0,005$).

DEPEND	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Pas de dépendance	30 (68,2%)	12 (27,3%)	2 (4,5%)	44
Dépendance modérée	8 (36,4%)	13 (59,1%)	1 (4,5%)	22
Dépendance forte	0 (0,0%)	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4
Total	38	28	4	70

$p= 0,005$

Figure 37 : Évolution de la consommation de tabac pendant la grossesse et niveau de dépendance au début de la grossesse

f) Statut tabagique du.de la conjoint.e

Quand on compare les groupes de patientes en tenant compte du statut tabagique de leur partenaire, on observe que :

- Quand le conjoint ne fume pas : 77,8% ont cessé de fumer, 16,7% ont diminué leur consommation et 5,6% ont maintenu leur consommation
- Quand le conjoint fume : 45,1% ont cessé de fumer, 49,0% ont diminué leur consommation et 5,9% ont poursuivi la même consommation

Cette différence est **significative** ($p= 0,040$).

CONJ	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
Non	14 (77,8%)	3 (16,7%)	1 (5,6%)	18
Oui	23 (45,1%)	25 (49,0%)	3 (5,9%)	51
Total	38	28	4	70

$p= 0,040$

Figure 38 : Évolution de la consommation de tabac pendant la grossesse et statut tabagique du conjoint

g) Classe d'âge

Quand on compare les groupes de patientes en fonction de leur classe d'âge, on observe que :

- Parmi les 18-24 ans : 78,9% ont cessé de fumer, 21,1% ont diminué leur consommation et aucune n'a maintenu sa consommation
- Parmi les 25-34 ans : 60,9% ont cessé de fumer, 32,6% ont diminué leur consommation et 6,5% ont maintenu leur consommation
- Parmi les plus de 34 ans : 57,1% ont cessé de fumer, 35,7% ont diminué leur consommation et 7,1% ont maintenu leur consommation

Cette différence n'est **pas significative** ($p= 0,372$).

AGE	CONSO			Total
	Arrêt	Diminution	Consommation identique	
18-24 ans	30 (78,9%)	8 (21,1%)	0 (0,0%)	38
25-34 ans	28 (60,9%)	15 (32,6%)	3 (6,5%)	46
> 34 ans	8 (57,1%)	5 (35,7%)	1 (7,1%)	14
Total	38	28	4	70

$p= 0,372$

Figure 39 : Évolution de la consommation de tabac pendant la grossesse et âge

V. Discussion

A. Principaux résultats

1. Objectif principal

Dans cette étude, la prévalence des femmes enceintes fumeuses à l'annonce de leur grossesse qui ont bénéficié d'au moins une intervention de leur médecin généraliste dans leur sevrage tabagique est de 72,9%.

Ainsi près de 3 femmes sur 4 bénéficient de l'intervention de leur médecin généraliste, et cette prévalence est comparable à celle retrouvée dans la littérature en France.

En effet, le Baromètre Santé de 2017 retrouvait que 74,3% des femmes enceintes avaient bénéficié de l'intervention de leur médecin généraliste. (17)

Il existe donc un lien entre intervention du médecin traitant et modification de la consommation tabagique.

2. Objectifs secondaires

a) ***L'information délivrée par le médecin traitant comme facteur favorisant le sevrage tabagique***

Parmi les informations délivrées, on observe que l'évolution de la consommation pendant la grossesse est corrélée de façon significative au fait que le médecin traitant recommande l'utilisation des TSN et au fait qu'il informe sa patiente du remboursement à 65% des TSN par l'assurance maladie. On peut donc supposer que cette corrélation soit due à l'utilisation des TSN par la patiente, quand elle est bien informée sur le sujet.

Par ailleurs, dans notre étude on retrouve que seulement 1 femme sur 4 pense qu'il est préférable de **diminuer** la consommation tabagique plutôt que d'arrêter **complètement** de fumer. Cette croyance erronée concerne donc une minorité des patientes. On peut donc supposer que l'information délivrée est bien comprise par une majorité des patientes, et qu'elle est donc « *claire, loyale et appropriée* » comme le préconise le Code de la Santé Publique.

b) ***L'absence d'information sur le remboursement des TSN comme facteur de risque de leur non-utilisation***

On retrouve dans notre étude une corrélation significative entre estimation par la patiente de l'utilité des TSN et information délivrée par le médecin traitant sur le remboursement des TSN. En effet, quand l'information est délivrée les femmes estiment que les TSN les ont aidées, mais à l'inverse quand l'information n'est pas délivrée, on observe que les femmes estiment que les TSN ne les ont pas aidées dans leur sevrage.

Dans notre étude, 22,9% des femmes disaient avoir reçu l'information du remboursement par le médecin traitant quand 72,9% ont bénéficié d'au moins une intervention de leur médecin traitant dans leur sevrage tabagique.

Le taux d'information sur le remboursement de TSN est perfectible, et des pistes d'amélioration pourraient être envisagées : affiche dédiée en salle d'attente, des brochures mises à la disposition des patientes...

c) Facteurs pronostiques de sevrage tabagique dans notre population

On retrouve plusieurs facteurs pronostiques du sevrage tabagique dans notre étude :

(1) Le niveau de dépendance au début de la grossesse

Plus le niveau de dépendance au début de la grossesse est important, plus les chances de diminuer ou d'arrêter la consommation tabagique sont faibles. Quand on observe l'évolution de la consommation au fil des trimestres de la grossesse, on note que la part des patientes fumant moins de 10 cigarettes par jour augmente, d'abord de 5,7% entre le premier et le deuxième trimestre puis de 1,4% entre le deuxième et le troisième trimestre. On peut donc supposer que la majorité des diminutions ou arrêts de consommation se réalise entre le premier et le deuxième trimestre.

De ce fait, l'intervention du médecin traitant doit être la plus précoce possible. En ce qui concernent les patientes fumant entre 21 et 30 cigarettes par jour, on note une diminution de 1,5% entre le premier et le second trimestre, mais la proportion reste la même entre le deuxième et le troisième trimestre. Cette

faible diminution entre le premier et le deuxième trimestre puis cette stagnation entre le deuxième et le troisième trimestre peut corroborer le fait que plus la dépendance est importante plus les chances de diminuer ou d'arrêter la consommation sont faibles.

Ainsi le niveau de dépendance est un élément important à repérer afin de pouvoir apporter une information complète notamment sur les TSN puisque celle-ci, lorsqu'elle est délivrée, augmente les chances de sevrage.

De ce fait, des pistes de réflexion concernant le repérage de la dépendance sont intéressantes : auto-test de Fagerström mis à disposition dans les pharmacies, les salles d'attente...

(2) Le statut tabagique du conjoint

On retrouve une association significative entre le statut tabagique du/de la conjoint.e et les chances de réussir son sevrage tabagique.

Le repérage tabagique du/de la conjoint.e est donc un élément fondamental et devrait être systématique, tout comme lors de la première consultation prénatale le statut vaccinal contre la coqueluche est demandé à la future mère, comme au futur co.parent.

Par ailleurs, on remarque que dans notre étude près de 3 femmes sur 4 ont un.e conjoint.e fumeur.euse.

On peut supposer que si le statut tabagique du partenaire est un facteur pronostique dans le sevrage chez les femmes enceintes, il l'est aussi dans la population générale.

Or actuellement les recommandations de la HAS « *d'évaluer la consommation tabagique de l'entourage* » n'est valable que pour les femmes enceintes.

Aussi la prise en charge du partenaire, ou tout au moins l'interrogation quant à son statut tabagique, devrait être réalisée lors de la prise en charge du sevrage tabagique d'un patient et non uniquement lors de la grossesse.

En effet, si la prévention est primordiale dans le domaine de la santé, sa promotion l'est tout autant. Cette promotion de la santé (définie pour la première fois en 1986 dans le Charte d'Ottawa) s'adresse à la population générale, en l'informant et en agissant par des mesures gouvernementales ou municipales, afin qu'elle maîtrise mieux sa santé et soit capable de faire ses propres choix. (48)

(3) La profession, la catégorie socio-professionnelle et le niveau d'études

Le fait d'avoir une activité professionnelle est de façon significative un facteur pronostique de sevrage, et on observe qu'être active serait plus propice à l'arrêt de la consommation tandis qu'être au chômage rendrait plus enclin à poursuivre la même consommation.

On note également une corrélation significative entre la catégorie socio-professionnelle et le sevrage tabagique, et le fait d'être cadre permettrait d'arrêter la consommation tandis que le fait d'être agricultrice diminuerait les risques de sevrage avec une poursuite de la même consommation.

Enfin, on observe un lien entre le niveau d'étude et le sevrage tabagique puisque le fait d'avoir fait des études supérieures à Bac + 2 favoriserait l'arrêt de la consommation tandis que le fait de ne pas avoir de diplôme augmenterait les risques de poursuivre une consommation identique.

Ce résultat nous incite à envisager un ciblage des messages de prévention orienté vers les patientes sans activité professionnelle ou exerçant des métiers à forte pénibilité ou avec un bas niveau de qualification.

On observe que fumer est la norme sociale dans les milieux précaires (49)(50), et que le tabagisme est considéré comme une source de plaisir accessible tandis que l'arrêt est perçu comme une privation supplémentaire (51).

d) Part des femmes ayant arrêté de fumer qui pensent prolonger leur sevrage tabagique

Dans notre étude 88,6% des femmes ayant arrêté de fumer pensent prolonger leur sevrage tabagique. Pourtant, le taux de rechute observé notamment par la HAS en 2014 est significatif : 80% des femmes sevrées pendant la grossesse rechutent l'année suivante, et 30% en post-partum immédiat. (43)

Si l'on se réfère au modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente (52), on comprend que les patientes qui ont arrêté de fumer sont dans le stade de l'action car elles ont modifié leur comportement. Elles ont donc dépassé les stades de pré-intention (« Je n'ai pas de problème d'addiction »), d'intention (« J'ai un problème d'addiction ») et de préparation (« Je pense à changer mon comportement »).

Le stade de maintien est celui qui suit le stade de l'action et commence 6 mois après l'arrêt de la consommation.

Ainsi, 30% des femmes qui rechutent en post-partum immédiat n'atteignent jamais ce stade.

Le post-partum est un période de changement pour la mère, et plusieurs facteurs de risque de stress sont retrouvés dans une étude publiée en 2018 dans le Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology : dette de sommeil, revenu du couple, qualité du lien mère-enfant, facteurs psychologiques (53).

Le médecin traitant peut donc intervenir dans cette période de vulnérabilité qu'est le post-partum mais aussi dès le début de l'amorce du changement en dédramatisant le risque de rechute sans le banaliser, et en envisageant avec la patiente les moyens d'y faire face.

B. Validité de l'étude

1. Faiblesses de l'étude

a) *Biais effet-centre*

L'auteure de l'étude avait envisagé une étude multicentrique mais la pandémie au SARS COV2 l'a contrainte à réaliser une étude monocentrique. Cela peut induire un biais effet-centre, et donc limiter la validité externe de l'étude.

b) *Biais de mémorisation*

Même si limité, un biais de mémorisation reste possible en raison du mode de recueil des données centré sur les propos des patientes. Celles-ci pouvaient ainsi exagérer ou sous-estimer leur consommation tabagique par exemple.

c) Biais de désirabilité

Cette étude déclarative traite de sujets potentiellement sensibles, et peut donc envisager un biais de désirabilité sociale dans les réponses, ce qui pourrait amener les participantes à diminuer l'estimation de leur consommation tabagique ou à sous-estimer l'intervention du médecin généraliste lorsqu'elles ont continué à fumer par exemple.

2. Forces de l'étude

a) Généralités

À notre connaissance, il s'agit de la première étude rétrospective qui interroge les patientes enceintes afin de mieux connaître l'intervention du médecin généraliste dans leur sevrage tabagique et sa portée.

b) Biais de sélection limité

Le mode de recrutement monocentrique peut entraîner un biais de sélection, mais les caractéristiques de notre population ne sont pas significativement différentes de celles décrites dans l'enquête nationale du Baromètre Santé de 2017 en ce qui concerne l'âge, le niveau d'études et la part des patientes fumeuses à l'annonce de leur grossesse.

c) Absence de biais de non-réponse

Nous avons choisi de réaliser un questionnaire court de 18 questions, qui tient sur un recto-verso et rempli en trois minutes après chronométrage. Le caractère rapide du remplissage de ce questionnaire a permis d'éviter de décourager certaines participantes, et 100% des questionnaires distribués ont été remplis.

d) Puissance de l'étude

Cette étude présente une bonne puissance statistique puisqu'un grand nombre de questionnaires ont pu être inclus dans l'étude (N = 70).

e) Absence de lien ou de conflit d'intérêt

L'auteure de la thèse, investigateur de l'étude, ne déclarait pas de lien ou de conflit d'intérêt. L'étude n'a d'ailleurs pas nécessité de financement.

VI. Conclusion

La prévalence des femmes enceintes fumeuses à l'annonce de leur grossesse qui ont bénéficié d'au moins une intervention de leur médecin généraliste dans leur sevrage tabagique est de 72,9%.

Ainsi 3 femmes enceintes sur 4 bénéficient de l'intervention de leur médecin généraliste dans leur sevrage tabagique.

Le médecin généraliste est donc un acteur majeur de la **prévention** illustrant de cette façon la compétence « éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire » de la marguerite des compétences définie par le Collège National des Généralistes Enseignants.

Par ailleurs, notre étude retrouve que l'**information** délivrée semble être claire et appropriée puisqu'une majorité des patientes affirme l'avoir comprise.

D'autre part, l'étude attire l'attention sur l'information concernant le remboursement des TSN. En effet, lorsqu'elle n'est pas délivrée, elle est un facteur de leur non-utilisation. Or environ 3 femmes sur 4 semblent ne pas en avoir bénéficié.

Cette étude illustre l'importance de la **prise en charge globale** du patient avec la prise en compte de son entourage. Cette compétence est ici sollicitée puisque le statut tabagique du partenaire est un facteur pronostique du sevrage tabagique de la femme enceinte.

Alors que près de 9 femmes sur 10 souhaitent prolonger leur sevrage après l'accouchement, le taux de rechute en post-partum est important. Le médecin généraliste peut donc utiliser ses **habilités communicationnelles et sa**

connaissance des outils d'aide au changement pour diminuer le risque de rechute dans une approche centrée patient.

VII. Annexes

Annexe 1 : Composition de la fumée de cigarette (Ligue contre le Cancer) (12)

AUTOPSIE D'UN MEURTRIER

ACÉTALDÉHYDE
(irritant des voies respiratoires)

ACROLÉINE
(irritant des voies respiratoires)

ACÉTONE
(dissolvant)

NAPHTYLAMINE *

MÉTHANOL
(carburant pour fusée)

PYRÈNE *

DIMÉTHYLNITROSAMINE

NAPHTALÈNE
(antimite)

NICOTINE
(utilisée comme herbicide et insecticide)

CADMIUM *

MONOXYDE DE CARBONE
(gaz d'échappement)

BENZOPYRÈNE *

CHLORURE DE VINYLE *

MERCURE
(thermomètre)

ACIDE CYANHYDRIQUE
(était employé dans les chambres à gaz)

TOLUIDINE *

AMMONIAC
(détergent)

URÉTHANE *

TOLUÈNE
(solvant industriel)

ARSENIC
(poison violent)

DIBENZACRIDINE *

PHÉNOL

BUTANE

POLONIUM 210
(élément radioactif)

STYRÈNE

DDT
(insecticide)

GOUDRONS
(les plus cancérigènes)

PLOMB
(essence et gaz d'échappement)

Lors de sa combustion, la cigarette produit une fumée qui contient environ 4000 substances toxiques (dont au moins 50 cancérigènes). Sur les paquets, seuls goudrons et nicotine sont indiqués. Certains composés proviennent de l'environnement (pesticides, produits radioactifs), d'autres composés sont ajoutés, comme l'ammoniac qui favorise la fixation de la nicotine et la dépendance. Certains plants de tabac sont génétiquement modifiés afin de rendre la nicotine plus « efficace ».

* SUBSTANCES CANCÉRIGÈNES CONNUES | 14, rue Corvisart - 75013 Paris - www.ligue-cancer.net | 0810 111 101

CONTRE LE CANCER
LA LIQUE
des cancéreux
pour la vie

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux patientes en suites de

- 1) Vous avez :
- 14 ans ou moins
 - Entre 15 et 19 ans
 - Entre 20 et 24 ans
 - Entre 25 et 29 ans
 - Entre 30 et 34 ans
 - Entre 35 et 39 ans
 - Entre 40 et 44 ans
 - 45 ans ou plus
- 2) Quelle est votre profession ?
- Active
 - Chômage
 - Mère au foyer
 - Formation
 - Autre
- 3) Si vous êtes active, quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?
- Agricultrice exploitant
 - Artisan, commerçante, chef d'entreprise
 - Cadre, profession intellectuelle supérieure
 - Profession intermédiaire
 - Employée
 - Ouvrière
- 4) Quel est votre niveau d'étude ?
- Sans diplôme
 - CAP/BEP
 - Lycée
 - Baccalauréat
 - Baccalauréat + 2 ans
 - Au-delà
- 5) Aviez-vous déjà eu des enfants auparavant ?
- Oui
 - Non
- 6) Fumiez-vous lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte ?
- Oui
 - Non

Si vous ne fumez pas lors de l'annonce de votre grossesse, vous pouvez arrêter ce questionnaire

- 7) Votre conjoint.e est-il.elle fumeur.euse ?
- Oui
 - Non
- 8) Combien de cigarettes par jour fumiez-vous avant l'annonce de votre grossesse ?
- 10 ou moins
 - 11 à 20
 - 21 à 30
 - 31 ou plus
- 9) Avant votre grossesse, combien de temps après votre réveil fumiez-vous votre première cigarette ?
- Dans les 5 premières minutes
 - Entre 6 et 30 minutes
 - Entre 31 et 60 minutes
 - Après 60 minutes
- 10) Vous avez :
- Continué à fumer la même quantité de cigarettes pendant votre grossesse
 - Diminué votre consommation tabagique
 - Arrêté de fumer dès l'annonce de la grossesse
- 11) Combien de cigarettes par jour fumiez-vous pendant votre 1^{er} trimestre de grossesse ?
- 10 ou moins
 - 11 à 20
 - 21 à 30
 - 31 ou plus

- 12) Combien de cigarettes par jour fumiez-vous pendant votre 2^{ème} trimestre de grossesse ?
- 10 ou moins
 - 11 à 20
 - 21 à 30
 - 31 ou plus
- 13) Combien de cigarettes par jour fumiez-vous pendant votre 3^{ème} trimestre de grossesse ?
- 10 ou moins
 - 11 à 20
 - 21 à 30
 - 31 ou plus
- 14) Pendant votre grossesse, est-ce que votre médecin traitant vous a (cochez la ou les réponse(s) correspondante(s)) :
- Interrogée sur votre statut tabagique d'AVANT la grossesse ?
 - Interrogée sur votre statut tabagique PENDANT la grossesse ?
 - Interrogée sur le statut tabagique de votre conjoint.e ?
 - Conseillé d'arrêter complètement votre consommation tabagique ?
 - Donnée des informations sur les effets du tabagisme sur votre santé et sur celle de votre nouveau-né ?
 - Non concernée par les propositions précédentes
- 15) Pensez-vous qu'il est préférable de diminuer la consommation tabagique plutôt que d'arrêter complètement de fumer pendant la grossesse ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- 16) Est-ce que votre médecin traitant vous a (cochez la ou les réponse(s) correspondante(s)) :
- Proposé un suivi psychologique pour arrêter de fumer ?
 - Expliqué qu'il valait mieux utiliser les substituts nicotiques (patch, gomme, pastille) pendant la grossesse que de continuer à fumer ?
 - Expliqué que les substituts nicotiques sont remboursés à 65% par l'assurance maladie obligatoire ?
 - Non concernée par les propositions précédentes
- 17) Trouvez-vous que le remboursement à 65% par l'assurance maladie des substituts nicotiques (patch, gomme, pastille) vous a aidé dans votre démarche de sevrage tabagique ?
- Oui
 - Non
- 18) Si vous avez diminué ou stoppé votre consommation tabagique, pensez-vous prolonger votre sevrage ?
- Oui
 - Non

Annexe 3 : Strobe Statement (STrengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) (47)

Item N°Recommandation	
Titre et résumé	1 (a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction	
Contexte/justification	2 Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3 Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>
Méthodes	
Conception de l'étude	4 Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5 Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6 (a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7 Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8* Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9 Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10 Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11 Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12 (a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats	
Population	13* (a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14* (a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)

Données obtenues	15*	<i>Étude de cohorte</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps <i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés <i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

VIII. Bibliographie

1. Tobacco [Internet]. World Health Organization. 2018 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Hill C. Epidémiologie du tabagisme. 2012;La Revue du Praticien(62):325-9.
3. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. Eur J Public Health. 1 oct 2015;25(5):824-8.
4. General (US) O of the S, Health (US) O on S and. The Impact of Smoking on Disease and the Benefits of Smoking Reduction [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention (US); 2004 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44703/>
5. General (US) O of the S, Health (US) O on S and. Cardiovascular Diseases [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention (US); 2004 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44704/>
6. Le tabac coûte cher à la société [Internet]. Comité National de Lutte Contre le Tabagisme. 2010 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <https://cnct.fr/le-tabac-coute-cher-a-la-societe/>
7. Rumeau-Pichon C, Préaubert-Hayes N, Barré S, Scemama O, Blondet E, Lefevre M, et al. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière. Haute Autorité de Santé; 2007 janv.
8. Doll R, Hill B. Smoking and carcinoma of the lung. British Medical Journal. sept 1950;739-48.
9. Fernö O. Conversation with Ove Fernö. 1994;Addiction(89):1215-26.
10. Van Caeyseele J. Soixante ans de lutte contre le tabac. L'Express [Internet]. 30 mai 2011 [cité 19 mai 2019];Actualité/Société/Santé. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/soixante-ans-de-lutte-contre-le-tabac_996967.html
11. Schaffarczyk E. Tabac et grossesse : une association à proscrire [Thèse de Doctorat en Pharmacie]. Université de Lille 2; 2015.
12. Autopsie d'un meurtrier [Internet]. Ligue contre le cancer; [cité 6 oct 2019]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/images/national/article/ANP_Autopsie_web.jpg
13. Diguët A, Habib P, Heilbronner C, Le Faou A, Nizard J, Trosini-Désert V. Grossesse et tabac [Internet]. Lille; 2004 oct [cité 11 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf

14. Plan cancer 2003-2007. Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées;
15. Plan cancer 2009-2013. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013 juin.
16. Objectif 10 : Lancer le programme national de réduction du tabagisme [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2015 févr p. 87-92. (Plan cancer 2014-2019). Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
17. Andler R, Cogordan C, Richard J, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, et al. Consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018.
18. Signarbieux C. Tabac et grossesse : rôle du pharmacien d'officine dans l'aide au sevrage tabagique [Thèse de Doctorat en Pharmacie]. Université de Limoges; 2018.
19. Boisramé T, Sananès N, Fritz G, Boudier E, Viville B, Aissi G, et al. Hématome rétroplacentaire. Diagnostic, prise en charge et pronostic maternofoetal : étude rétrospective de 100 cas. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 6 févr 2014;42(2):78-83.
20. Comité éditorial de l'UVMaF. Hypoxie-Anoxie [Internet]. Université Numérique Francophone des Sciences de la Santé et du Sport. [cité 23 août 2019]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/hypoxie-anoxie/site/html/2.html>
21. Li G, Chan YL, Nguyen LT, Mak C, Zaky A, Anwer AG, et al. Impact of maternal e-cigarette vapor exposure on renal health in the offspring. *Ann N Y Acad Sci.* sept 2019;1452(1):65-77.
22. Qu W, Zhao W-H, Wen X, Yan H-Y, Liu H-X, Hou L-F, et al. Prenatal nicotine exposure induces thymic hypoplasia in mice offspring from neonatal to adulthood. *Toxicol Lett.* avr 2019;304:30-8.
23. Blanchon L, Accoceberry M, Belville C, Delabaere A, Prat C, Lemery D, et al. Rupture des membranes : physiopathologie, diagnostic, conséquences et prise en charge. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* avr 2013;42(2):105-16.
24. Mitanchez D, Maisonneuve E, Renault A, Jouannic J-M. Retard de croissance intra-utérin. *EMC - Pédiatrie - Mal Infect.* 2018;13(4):1-18.
25. McIntire DD, Bloom SL, Casey BM, Leveno KJ. Birth Weight in Relation to Morbidity and Mortality among Newborn Infants. *N Engl J Med.* 22 avr 1999;340(16):1234-8.

26. Ward Platt M, Deshpande S. Metabolic adaptation at birth. *Semin Fetal Neonatal Med.* 1 août 2005;10(4):341-50.
27. Yu VYH, Upadhyay A. Neonatal management of the growth-restricted infant. *Semin Fetal Neonatal Med.* 1 oct 2004;9(5):403-9.
28. Beiner ME, Simchen MJ, Sivan E, Chetrit A, Kuint J, Schiff E. Risk factors for neonatal thrombocytopenia in preterm infants. *Am J Perinatol.* janv 2003;20(1):49-54.
29. Korzeniewski SJ, Allred EN, Joseph RM, Heeren T, Kuban KCK, O'Shea TM, et al. Neurodevelopment at Age 10 Years of Children Born <28 Weeks With Fetal Growth Restriction. *Pediatrics* [Internet]. nov 2017 [cité 9 oct 2019];140(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5654396/>
30. Collet M, Beillard C. Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utero. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 avr 2005;34:135-45.
31. Berlin I, Golmard J-L, Jacob N, Tanguy M-L, Heishman SJ. Cigarette Smoking During Pregnancy: Do Complete Abstinence and Low Level Cigarette Smoking Have Similar Impact on Birth Weight? *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* 1 mai 2017;19(5):518-24.
32. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [cité 11 août 2019];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001055.pub3/abstract>
33. Myung S-K, Ju W, Jung H-S, Park C-H, Oh S-W, Seo HG, et al. Efficacy and safety of pharmacotherapy for smoking cessation among pregnant smokers: a meta-analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2012;119:1029-39.
34. Femmes enceintes : choisir un moyen de sevrage du tabac. *Rev Prescrire.* mars 2015;(377):204-10.
35. Coleman T, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cité 17 nov 2019];(12). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010078.pub2/full>
36. Berlin I, Grangé G, Jacob N, Tanguy M-L. Nicotine patches in pregnant smokers: randomised, placebo controlled, multicentre trial of efficacy. *BMJ.* 11 mars 2014;348:g1622.
37. Moothoocarpn A. Méta-analyse sur l'efficacité des patchs de nicotine dans le

sevrage tabagique des femmes enceintes [Thèse de Doctorat et Médecine]. [Faculté de Médecine et de Pharmacie]: Université de Poitiers; 2016.

38. Houdebine E, Guillaumin C, Rouquette A, Dagorne C, Madzou S, Fournie A, et al. Le tabagisme gravidique. Étude descriptive et facteurs pronostiques d'arrêt du tabac pendant la grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* avr 2009;38(2):155-60.

39. Tabac : le test de Fagerström : version longue ou version courte ? [Internet]. *Addict Aide.* 2018 [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/actualite/tabac-le-test-de-fagerstrom-version-longue-ou-version-courte/>

40. Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 oct [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf

41. Blanchon B, Parmentier M, Blum-Boisgard C, Colau J-C, Dautzenberg B. Étude de l'Assurance maladie des professions indépendantes en Ile-de-France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2004;33(1):21-9.

42. Raynal P, Panel P, Fuchs F, Dautzenberg E, Metzger U, Toledano M. Enquête sur le tabagisme au cours de la grossesse dans l'agglomération versaillaise. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 févr 2008;37(1):33-40.

43. Pitard A, Lavie E. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Haute Autorité de Santé; 2014 oct.

44. Byuck J, Tuffreau F, Hérault T, Barlet M, Chaput H, Marbot C, et al. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. *Etudes Résultats.* oct 2016;(977):1-8.

45. Astruc K, Shojai R, Petitprez K. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Haute Autorité de Santé; 2016 mai.

46. Nguyen Huu Thinh R. Prise en charge du sevrage tabagique des femmes enceintes en Seine Saint Denis [Thèse de Doctorat de Médecine]. [Bobigny]: Université Paris XIII Faculté de Médecine « Léonard de Vinci »; 2010.

47. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):34-8.

48. OMS | Qu'est-ce que la promotion de la santé? [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2016 [cité 10 déc 2020]. Disponible sur:

<http://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr/>

49. F M, J P, M U. Smoking cessation and social deprivation: current state of knowledge and proposals for optimization. *Rev Med Liege*. janv 2015;70(1):44-8.

50. Paul CL, Ross S, Bryant J, Hill W, Bonevski B, Keevy N. The social context of smoking: A qualitative study comparing smokers of high versus low socioeconomic position. *BMC Public Health*. 27 avr 2010;10(1):211.

51. Merson F, Perriot J, Underner M, Peiffer G, Fieulaine N. Smoking cessation and social deprivation. *Rev Mal Respir*. déc 2014;31(10):916-36.

52. Csillik AS, Petot J-M. L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *Wwwem-Premiumcomdatarevues00143855v77i3S0014385512000321* [Internet]. 17 sept 2012 [cité 10 déc 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article/752748/resultatrecherche/2>

53. Matvienko-Sikar K, Murphy G, Murphy M. The role of prenatal, obstetric, and post-partum factors in the parenting stress of mothers and fathers of 9-month old infants. *J Psychosom Obstet Gynecol*. mars 2018;39(1):47-55.

AUTEUR : Nom : CHAUMONT

Prénom : Emma

Date de Soutenance : 05 janvier 2021

Titre de la Thèse : Prévalence des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une intervention de leur médecin généraliste dans leur sevrage tabagique : étude descriptive rétrospective

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Thèse d'exercice

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Médecin Généraliste, Prévalence, Sevrage Tabagique, Grossesse

Contexte : Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur des femmes enceintes puisque 87% des médecins ont vu en consultation au moins une fois par trimestre une patiente pour confirmation d'une grossesse.

En France en 2017, la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes est comprise entre 25 et 30%. Les complications maternelles et fœtales étant évitables, en 2014 la HAS définit plusieurs recommandations concernant le dépistage et la prise en charge des femmes enceintes fumeuses.

Cette étude a pour objectif de mesurer l'implication du médecin généraliste dans le sevrage tabagique de leurs patientes enceintes.

Méthode : Étude quantitative, rétrospective, descriptive, via un questionnaire standardisé et menée auprès des femmes ayant accouché à Jeanne de Flandres entre mai 2020 et juin 2020.

Résultats : Dans cette étude, parmi les 70 patientes incluses, 72,9% ont bénéficié d'au moins une intervention de leur médecin traitant dans leur sevrage tabagique. 88,6% des femmes interrogées ayant diminué ou stoppé leur consommation tabagique pensent prolonger leur sevrage. Il y a une association statistiquement significative ($p < 0,05$) entre l'évolution de la consommation tabagique et l'intervention du médecin quand cette dernière concerne : le remboursement des substituts nicotiques (TSN) et la recommandation d'utilisation des TSN. Les facteurs associés significativement ($p < 0,05$) au sevrage tabagique sont le statut professionnel (76,3% actives contre 50% au chômage), la catégorie socio-professionnelle (36,8% cadres contre 75% agricultrices), le niveau d'études (47,4% au-delà de Bac + 2 contre 50% sans diplôme), le niveau de dépendance au début de la grossesse (0% dépendance forte contre 78,9% pas de dépendance) et le statut tabagique du partenaire (60,5% contre 36,8%).

Conclusion : La prévalence importante de l'intervention du médecin traitant dans le sevrage tabagique des patientes enceintes permet de souligner son rôle prépondérant dans la prévention. L'information concernant les TSN gagnerait à être plus complète, et à être pensée dans une démarche de promotion de la santé. Les compétences du médecin généraliste sont aussi illustrées par l'importance de la considération de l'entourage de la patiente, avec notamment le statut tabagique du conjoint.

Composition du Jury :

Président : Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs : Docteur Matthieu CALAFIORE, Docteur François QUERSIN, Docteur Jan BARAN