



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

UFR de Médecine et de Maïeutique, Lyon Sud-Charles Mérieux

SITE DE FORMATION MAÏEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

Tabagisme dans le post-partum : déterminants de la reprise tabagique chez les femmes

Mémoire présenté et soutenu par :

Lucille BAS

Née le 23 novembre 1994

En vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme

Promotion 2014-2018

Remerciements :

J'adresse tous mes remerciements à :

Madame Bonhoure pour son aide durant toute la durée de cette étude, pour son soutien et pour la façon dont elle m'a guidée.

Madame Phuong, sage-femme tabacologue à Bourg en Bresse, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et son aide.

Aux sages-femmes cadres de la maternité de Bourg en Bresse d'avoir permis la réalisation de cette étude.

Aux sages-femmes du service de suites de couches pour leur implication.

À l'équipe de sages femmes enseignantes à l'école de Bourg en Bresse pour leur soutien durant ces années.

À toutes les patientes qui ont accepté de participer à cette étude.

Enfin, une pensée particulière à mes amies de promotion qui m'ont soutenue : Estelle, Lucine, Lucie, Louise, Mallaury, Zoé. Vous m'avez soutenue et ces années n'auraient pas été pareilles sans vous.

Table des matières

Introduction	5
Méthode	11
1. Les objectifs	12
2. Le type d'étude :	12
3. La population :	12
4. Déroulement de l'étude :	13
5. Saisie des données :	14
6. Exploitation des données :	14
Résultats	15
1. Résultats du 1 ^{er} entretien dans le service de suites de naissance :	16
2. Résultats des entretiens téléphoniques à trois mois du post partum :	27
2.1. Patientes ayant arrêté complètement le tabac pendant la grossesse :	29
2.2. Patientes ayant diminué leur consommation tabagique pendant la grossesse :	31
Discussion	39
1. Biais et points faibles de l'étude :	40
2. Points forts de l'étude :	40
3. Discussion de l'analyse des résultats :	41
4. Projet d'action	52
Conclusion	55
Références bibliographiques, Bibliographie	57
Annexes	64
Annexe I : Charte maternité sans tabac :	65
Annexe II : Trame du 1 ^{er} entretien réalisé dans le service de maternité :	66
Annexe III : Trame de l'entretien téléphonique à 3 mois du post-partum :	69
Annexe IV : Cycle de Prochaska Di Clemente :	70
Annexe V : Diffusion de la prévention par images	71

Avant propos :

Dans le cadre de plusieurs stages, j'ai pu côtoyer de nombreuses patientes fumeuses. Parmi elles, certaines avaient entamé un sevrage complet de tabac pendant la grossesse, d'autres avaient seulement diminué et d'autres encore n'avaient pas changé leur consommation. J'ai pu apprécier lors de consultations prénatales, des propositions de prises en charges ainsi que des actions de prévention, envers la mère et le fœtus, par les professionnels de santé.

Par ailleurs j'ai remarqué que lors de visites post-natales, le tabac était un sujet peu abordé et les patientes se retrouvaient généralement seules avec toutes les difficultés qui s'imposaient à elles dans le post-partum.

J'ai personnellement constaté, dans mon entourage proche, que certaines petites difficultés suffisent à provoquer une rechute tabagique dans le post-partum, même après un sevrage de plusieurs mois.

Puisqu'il est établi que la moitié des fumeuses arrêtent pendant leur grossesse, ne devrions nous pas profiter de cette occasion pour accompagner au mieux ces femmes afin que le sevrage soit définitif ?

Depuis quelques temps nous savons que la rechute dans le post-partum est fréquente et nous avons identifié certains facteurs qui influencent certainement cette reprise.

Dans ce mémoire nous déterminerons les facteurs qui influencent une éventuelle reprise du tabac chez les mères et nous essayerons de percevoir leurs besoins pour améliorer au mieux la prévention.

Introduction

Le tabagisme en France constitue un problème de santé publique de longue date puisqu'il est la première cause de mortalité évitable (1). En 2014, 38% des hommes se déclarent fumeurs contre 30% chez les femmes (2). Les hommes ont une plus forte tendance au tabagisme que les femmes mais cette différence s'amenuise car le taux de fumeuses ne fait qu'augmenter depuis quelques années. Ce phénomène concerne également la classe d'âge des 20-34 ans, cette dernière est particulièrement intéressante dans notre étude puisqu'elle concerne la plupart (76,2%) des femmes en âge de procréer en France (1,8% des femmes ont un enfant avant 20 ans et 22% des femmes en ont après 34 ans) (3).

D'après le résultat des enquêtes nationales périnatales de 2010, le taux de fumeuses en début de grossesse était de 30,5% pour chuter à 17,1% le jour de l'accouchement (4). D'après les témoignages des femmes, beaucoup se disaient prêtes à arrêter de fumer lorsqu'elles seraient enceintes, mais une fois le moment venu, de nombreux obstacles sont intervenus et peu d'entre elles sont parvenues à arrêter. « La France est le pays d'Europe dans lequel les femmes enceintes fument le plus », selon le rapport de la cour des comptes du 10 février 2016 (5). Les fumeuses ont souvent commencé très tôt leur consommation, environ vers 14 ans (6), en sachant que l'âge de la maternité recule (7), leur nombre d'années de tabagisme avant une grossesse augmente. Elles ont donc une forte dépendance qui s'est installée sur la durée et qui est plus difficile à abolir.

Le tabac est responsable de nombreux effets négatifs. Outre ceux sur la santé de la femme et sur sa fécondité, il influence également la santé du fœtus ainsi que le déroulement de la grossesse et l'accouchement. Fumer en étant enceinte augmente le risque de : (8)

- Grossesse extra-utérine
- Fausse couche spontanée (3 fois plus de risques)
- Placenta prævia (placenta bas inséré dans l'utérus pouvant provoquer des saignements pendant la grossesse ou encore un décollement prématuré du placenta)
- Rupture prématurée des membranes avant 34 semaines d'aménorrhées (34SA)
- Complications de l'accouchement (anomalies du rythme cardiaque fœtal plus fréquentes)

Concernant le fœtus celui-ci risque : (8)

- Une moins bonne oxygénation (effet vasoconstricteur de la nicotine qui empêche la bonne circulation du sang du placenta vers le fœtus)
- Une diminution de son poids de naissance voir, un retard de croissance intra-utérin
- Une prématurité
- Une mort fœtale in utéro

Après l'accouchement, ces effets du tabagisme persistent, l'enfant pourra développer un syndrome de sevrage à la naissance pouvant entraîner des difficultés d'adaptation, des troubles neurologiques, ou encore du comportement alimentaire (9).

Dans la vie de l'enfant, des risques sont augmentés comme par exemple : (8)

- La mort subite du nourrisson (3 fois plus de risques)
- Les effets délétères sur le développement du système nerveux dus au passage de la nicotine dans le placenta et le lait maternel
- Les problèmes respiratoires (asthmes, infections...)
- Les otites à répétition
- Devenir fumeur à son tour multiplié par 2

Même si les parents prennent des précautions pour ne pas fumer auprès de leur enfant, ni à l'intérieur de la maison ni dans la voiture, ces effets sont toujours présents par le tabagisme passif. Les particules toxiques sont présentes sur les vêtements des parents et se disséminent dans l'atmosphère où les enfants les absorbent. A cause de l'immaturité de leur système immunitaire, ils sont beaucoup plus sensibles aux effets du tabac et du fait de leur fréquence respiratoire plus élevée, ils absorbent plus de substances toxiques par rapport à l'adulte présent avec eux. Le tabagisme passif est responsable de 600 000 décès dans le monde dont 31% sont des enfants selon les chiffres de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) de 2009 (10). Les professionnels se doivent d'informer les parents fumeurs de ces risques et de préciser que, même en cas de précautions, la fumée s'incruste des semaines voire même des mois dans une pièce. Nous devons donc aider les familles à reconsidérer leurs habitudes tabagiques pour qu'elles comprennent l'impact du tabac sur leur vie quotidienne.

De nombreuses mesures ont été mises en place par le gouvernement depuis plusieurs années afin de lutter contre le tabagisme (augmentation du prix des paquets de cigarettes, paquets de cigarettes neutres, augmentation du remboursement des substituts nicotiques, meilleure visibilité des campagnes de prévention...) (11). Avec ce renforcement de la prévention, les personnes connaissent de manière générale la nocivité du tabac mais cela reste une information générale. En fonction de leurs compétences, les professionnels se doivent d'avoir des actions plus ciblées, plus personnalisées. La sage-femme par exemple s'appuiera sur la santé de la femme et de l'enfant à venir.

D'après le rapport de la cour des comptes de 2016, les pays présentant les meilleurs résultats dans la réduction de la consommation tabagique ont déployé des réseaux pluri-professionnels pour y parvenir (12).

Les professionnels doivent essayer d'instaurer un sevrage, pas seulement au début de la grossesse mais durant toute la durée de celle-ci puisque l'arrêt du tabac est immédiatement bénéfique pour l'enfant et le déroulement de la grossesse (13).

La proposition d'une consultation tabacologique devrait intervenir de façon systématique pendant la grossesse pour les femmes fumeuses. Elle permettrait de diffuser ainsi l'information sur les effets délétères du tabac sur le fœtus, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement et même sur la vie de l'enfant à venir.

Par exemple, l'hôpital de Fleury à Bourg en Bresse a signé en 2006 la charte « maternité sans tabac » et il met à disposition des consultations spécialisées de tabacologie par le biais de 3 sages-femmes et d'une infirmière tabacologues (Annexe I). Ces consultations sont fréquemment proposées aux fumeuses pendant la grossesse pour les aider à instaurer un sevrage mais elles sont également accessibles dans le post-partum, plus tard, et sont même ouvertes à l'entourage.

Malgré cela, beaucoup de femmes ne consultent pas, trouvent que les délais de rendez-vous sont longs ou ne sont pas informées des possibilités qui s'offrent à elles pendant la grossesse et peuvent se retrouver en difficultés. D'après une enquête de 2004 en Ile de France, 29% des femmes disent n'avoir reçu aucune information sur l'influence néfaste du tabac. Lorsqu'elles décident d'arrêter de fumer, 70% d'entre elles se disent aidées par leur entourage et non par des professionnels qualifiés (14).

Cette enquête souligne donc la nécessité d'améliorer les informations délivrées aux femmes enceintes et de sensibiliser les professionnels de santé sur leur rôle de prévention. Selon l'HAS (Haute Autorité de Santé), plusieurs études ont montré que la formation des professionnels sur le sujet du tabac améliorerait les succès de prises en charges (15).

La période de la maternité paraît donc être le bon moment pour instaurer un sevrage tabagique et espérer que celui-ci dure au-delà de l'accouchement et du post-partum. Les comportements des femmes se modifient à ce moment et souvent la grossesse, à elle seule, paraît être une motivation suffisante pour arrêter de fumer.

Par contre un problème persiste toujours, les mères ne sont pas préparées à maintenir leur sevrage dans le post-partum et leur motivation diminue au fur et à mesure. Selon les derniers chiffres de l'HAS, 80% des femmes reprennent leur consommation dans l'année qui suit l'accouchement dont 30% reprennent immédiatement après la naissance (15).

Le sevrage tabagique observé pendant la grossesse apparaît plus comme un effort lucide pour protéger l'enfant à naître que comme une intention de se sevrer du tabac de manière durable (16).

Malgré une amélioration de la prévention au cours de la grossesse par les professionnels de santé, la poursuite dans ce sevrage semble être un sujet moins abordé alors qu'il devrait être systématique. Cela pourrait permettre aux femmes d'avoir un temps de sevrage tabagique encore plus long ce qui, d'après le docteur Ivan Berlin, tabacologue, limiterait les risques de rechutes par la suite.

Étant donné le risque élevé de reprise, l'HAS recommande que toutes les femmes soient questionnées constamment sur leur consommation de tabac dans le post-partum. Elle soutient qu'un projet de prise en charge spécifique d'arrêt de la consommation du tabac devrait être mis en place avant la sortie de la maternité afin de limiter les rechutes dans le post-partum (15).

Les facteurs comme : la fatigue, le stress, la chute des hormones, la reprise de l'activité professionnelle ou encore le conjoint fumeur, ont été clairement identifiés comme influençant la reprise du tabac. Ils devraient donc être considérés dans la prévention (17).

Puisque ces facteurs semblent connus, nous nous sommes demandés si ceux-ci correspondaient bien aux difficultés rencontrées par les mères, à la maternité de Bourg en Bresse, et quelles pouvaient être nos actions d'accompagnement et de prévention auprès de ces patientes.

L'objectif de cette recherche était d'évaluer la reprise du tabac dans les 3 mois du post-partum parmi un échantillon de femmes, pour cela nous avons émis plusieurs hypothèses :

- les ex fumeuses ont un risque élevé de rechute dans le post partum
- il existe des facteurs qui favorisent cette rechute dans le post partum
- il y a un manque d'informations et de prévention par les professionnels de santé concernant cette reprise tabagique.

Après avoir présenté notre méthode de travail, nous allons analyser les différentes réponses qu'ont pu nous apporter ces patientes. Nous verrons ainsi si les facteurs de rechute dans notre population sont les mêmes que présenté plus haut afin de pouvoir proposer des axes de prévention au plus proche de notre patientèle.

Méthode

1. Les objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la reprise tabagique dans le post-partum pour les femmes qui ont reçu des conseils de prévention dans le service de suites de couches.

Les objectifs secondaires étaient :

- de comparer le taux de reprise du tabac chez les femmes ayant eu des conseils par rapport aux données de la littérature
- d'identifier les facteurs influençant la reprise du tabac de notre population
- de donner des conseils aux femmes
- de faire de la prévention concernant les effets du tabac en les ciblant sur le nouveau-né

2. Le type d'étude :

L'étude réalisée était descriptive, prospective et qualitative.

3. La population :

L'étude concernait les patientes dans le post-partum qui avaient arrêté ou diminué leur consommation tabagique pendant la grossesse ou en vue de celle-ci.

3.1 Les critères d'inclusion et d'exclusion :

Les critères d'inclusion étaient :

- D'avoir accouché
- D'être fumeuse avant la grossesse
- D'avoir arrêté ou diminué pendant la grossesse
- D'avoir arrêté ou diminué en vue d'une grossesse
- D'accepter de participer à l'étude
- De parler le français

Les critères d'exclusion étaient :

- patiente n'ayant pas diminué leur consommation de cigarettes
- patiente refusant de participer à l'étude

4. Déroulement de l'étude :

L'enquête a été mise en place dans le service de suites de couches au Pôle Mère-Enfant du Centre Hospitalier de Bourg en Bresse après accord de la cadre du service. Les sages-femmes ont été préalablement informées de l'étude lors d'interventions dans le service quelques jours avant le début de l'enquête. Elles ont également été sollicitées pendant toute la durée de l'enquête, un document résumant les principes de l'étude leur a été distribué ainsi qu'une grille dans laquelle elles notaient chaque arrivée dans le service de patientes fumeuses avant la grossesse. Régulièrement nous allions dans le service pour voir s'il y avait des nouveaux entretiens à réaliser.

Des entretiens semi directif ont été réalisés dans le service de suites de couches entre le 1^{er} et le 2^{ème} jour d'hospitalisation. Ils ont commencé le 9 août 2017 et se sont terminés le 15 septembre 2017. Vingt et une patientes ont accepté de participer à l'étude et ont répondu à nos questions. Chacune d'entre elle a eu le même type d'entretien et a répondu à 5 grandes questions ouvertes. Les mêmes conseils concernant les risques de reprise et au sujet de la prévention ont été prodigués dans le post-partum (Annexe II).

Au début de l'entretien nous avons demandé l'accord de toutes les patientes pour le réaliser ainsi que leur accord pour les recontacter 3 mois après leur sortie de la maternité pour réaliser la 2ème partie de l'étude.

Cet entretien englobait leurs habitudes tabagiques avant, et pendant la grossesse et ce qu'elles prévoyaient pour les mois à venir. Nous avons également étudié les facteurs environnementaux de chaque patiente, les habitudes de leur entourage, ainsi que les éventuelles aides qu'elles ont pu avoir pour arrêter ou diminuer leur consommation en nous intéressant plus particulièrement aux professionnels de santé.

L'enquête s'est déroulée en plusieurs étapes puisque dans un second temps des entretiens téléphoniques avec les patientes ont été réalisés 3 mois après leur sortie de la maternité (Annexe III). Le but était de réévaluer leur consommation tabagique, d'étudier les facteurs impliqués dans une éventuelle reprise et également de percevoir leurs besoins. A ce moment-là 17 patientes ont pu être recontactées, 4 ont été perdues de vues, elles n'ont pas répondu malgré les différentes relances par téléphone et par mail.

5. Saisie des données :

Après chaque entretien nous avons répertorié les réponses des patientes sous forme d'un tableau Excel en fonction des questions posées.

- La 1^{ère} ligne correspond à l'ensemble des questions posées
- Pour les autres lignes, une ligne correspond à l'ensemble des réponses d'une personne,
- Une colonne correspond à l'ensemble des réponses fournies par toutes les répondantes sur une question.

6. Exploitation des données :

Nous avons calculé les effectifs et les pourcentages des variables étudiées. Ces résultats ont été présentés sous forme de graphiques, de tableaux ou tout simplement exprimés par écrit. Nous avons utilisé le test statistique de Fisher afin de déterminer si les différences observées entre les groupes étaient statistiquement significatives. Nous admettions un risque d'erreur de 5%.

Nous allons maintenant vous présenter les résultats de ces différents entretiens en débutant par une présentation générale de notre population puis par l'entretien en Suites de couches et enfin le retour de ces mères à 3 mois de la naissance.

Résultats

1. Résultats du 1^{er} entretien dans le service de suites de naissance :

Présentation de la population :

Vingt et une patientes ont été interrogées dans le service de suites de naissance à la maternité de Fleyriat entre leur 1^{er} et leur 2^{ème} jour d'hospitalisation. Elles ont participé à un entretien d'une vingtaine de minutes ciblant leurs habitudes tabagiques. L'ensemble a accepté d'être recontacté à 3 mois du post-partum pour réévaluer leurs pratiques.

Parmi ces 21 patientes, 9 ont complètement arrêté de fumer, les 12 autres ont réussi à diminuer leur consommation par rapport à avant la grossesse.

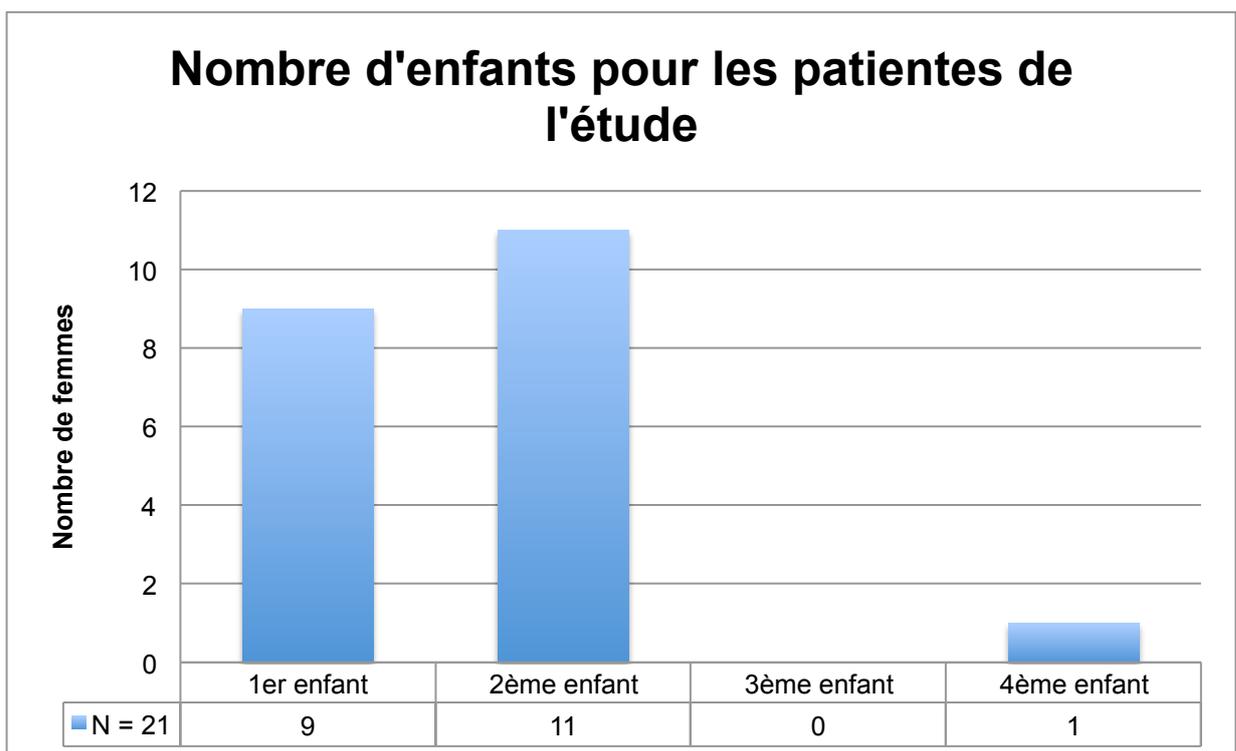


Figure 1 : Distribution selon le nombre d'enfants des patientes interrogées dans le service de suites de naissance.

Nous avons une population variée avec des primipares et des multipares ce qui permettra de comparer ces données en les reliant au tabac.

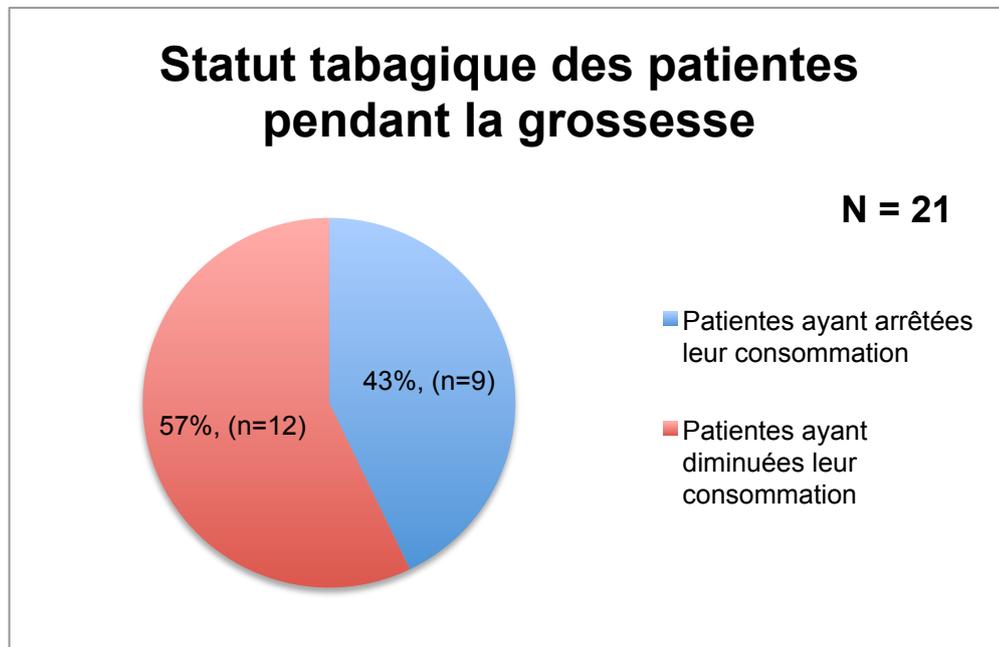


Figure 2 : Statut tabagique pendant la grossesse

On se trouve avec une population assez équitable entre les femmes qui ont arrêté et celles qui ont diminué pendant la grossesse, ce qui nous permettra de comparer ces différentes populations.

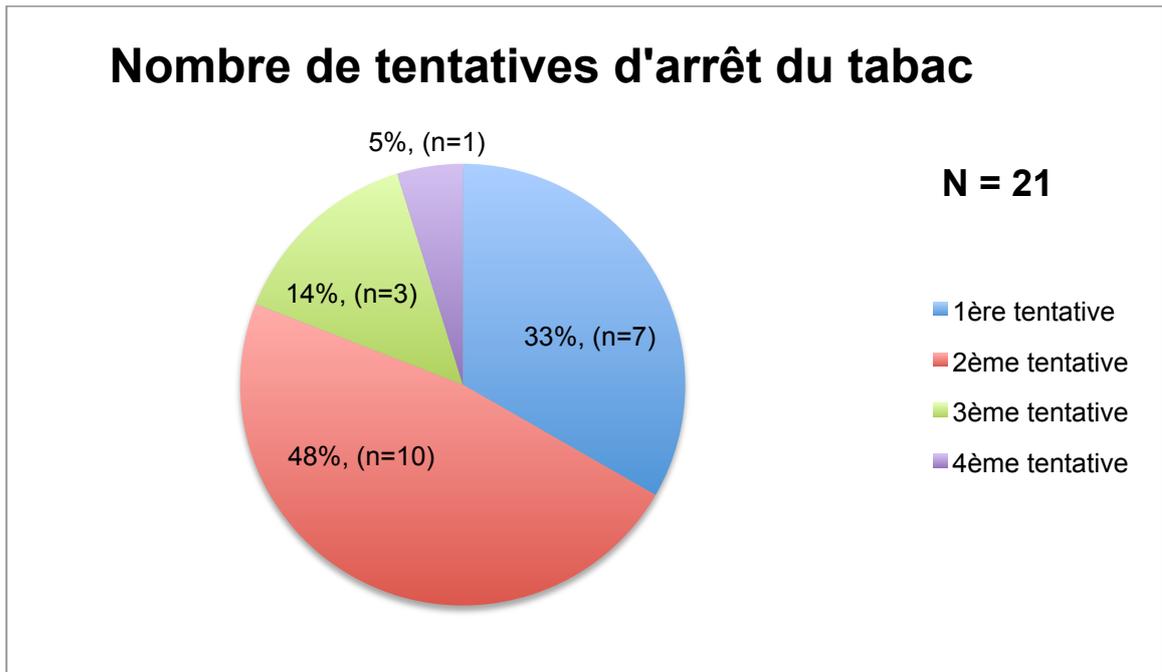


Figure 3 : Évaluation du nombre de tentatives de sevrage tabagique chez ces patientes

Pour 7 patientes, il s'agissait de la 1^{ère} tentative de sevrage de tabac et pour la totalité d'entre elles c'était une 1^{ère} grossesse.

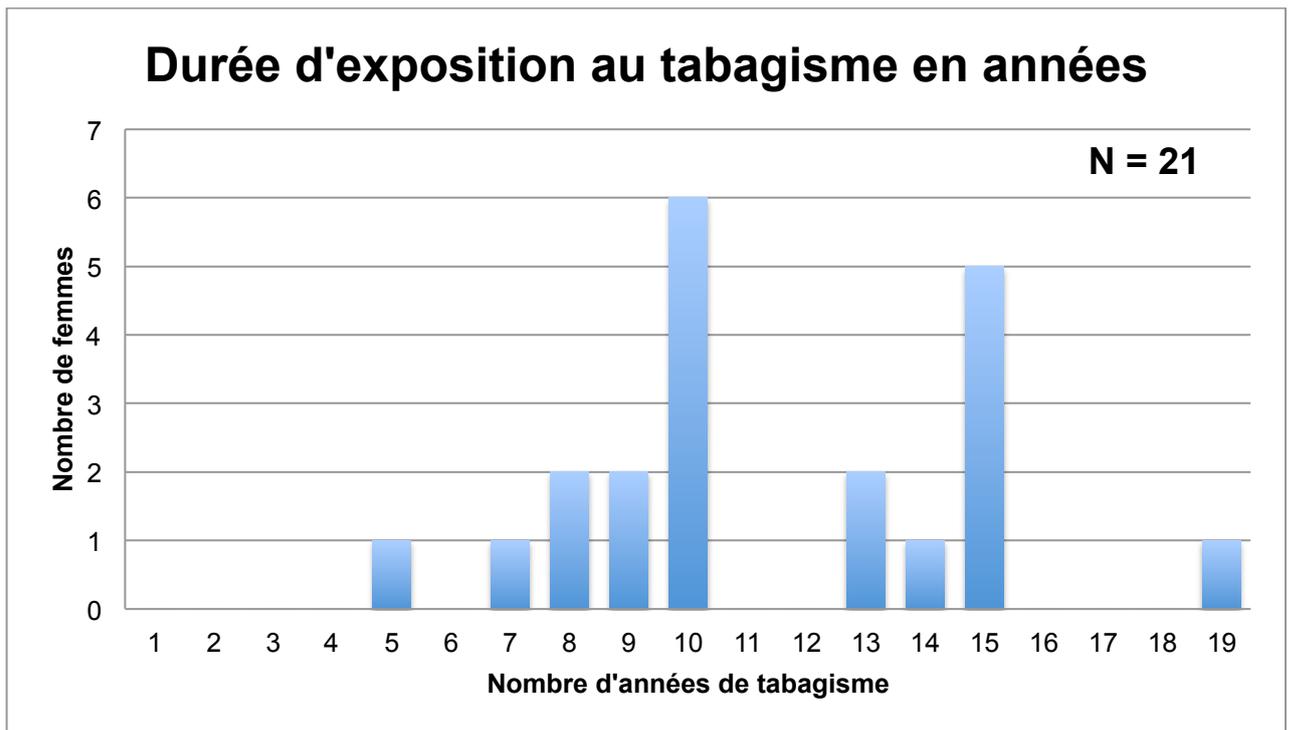


Figure 4 : Durée d'exposition au tabagisme en années chez notre population

Concernant le temps d'exposition au tabagisme, il est en moyenne de 11,4 ans jusqu'à présent. Une forte dépendance s'est donc installée chez ces patientes puisque le tabac fait partie de leur quotidien depuis de nombreuses années.

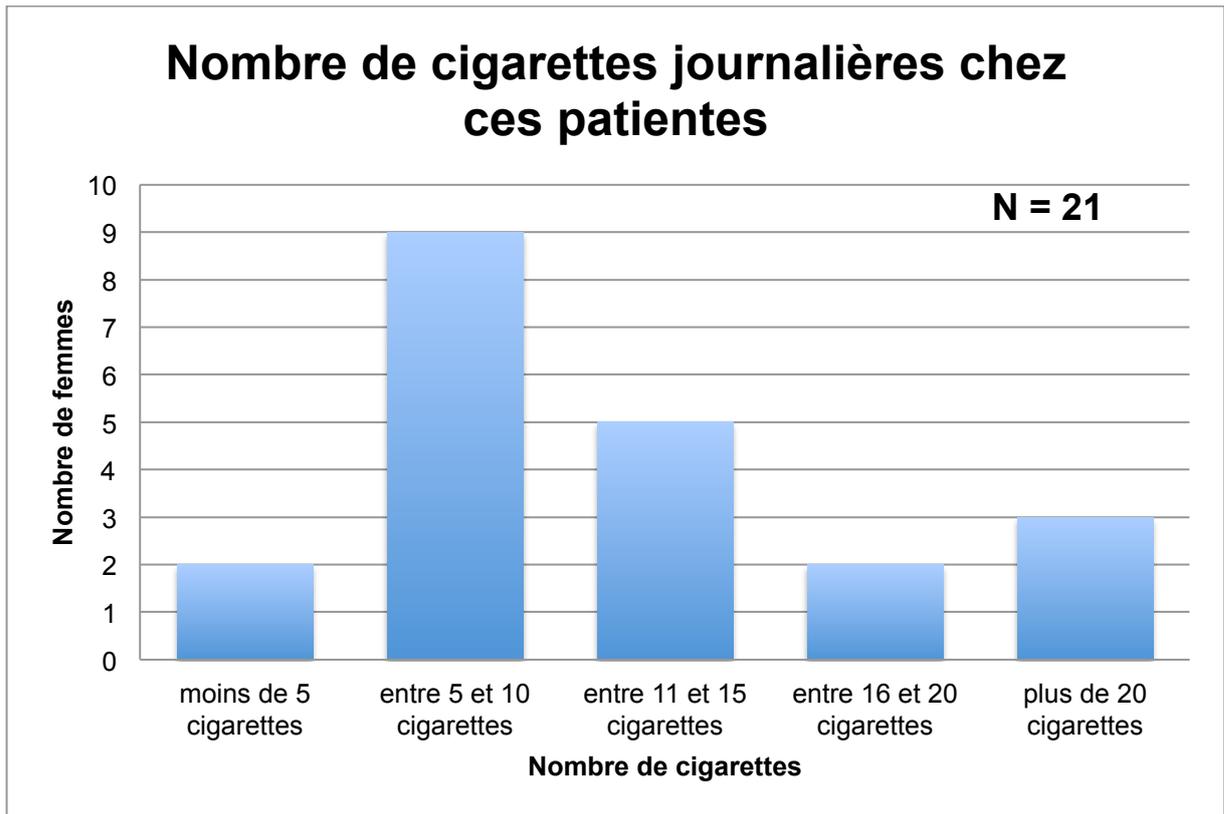


Figure 5 : Consommation journalière chez ces patientes avant la grossesse

Les femmes de l'étude consommaient en moyenne 14,1 cigarettes par jour avant la grossesse.

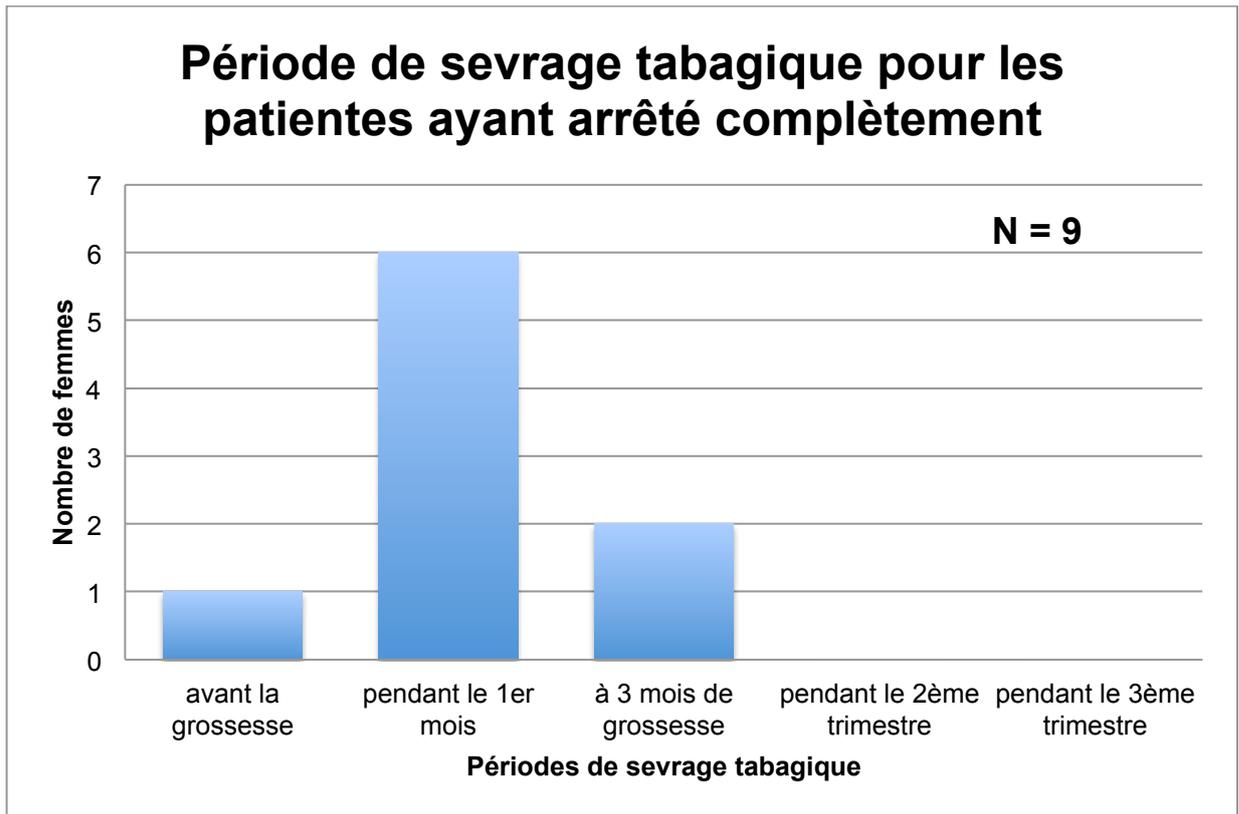


Figure 6 : Moments de sevrage tabagique pour celles qui ont stoppé leur consommation

Les 9 femmes ayant arrêté complètement le tabac pour la grossesse l'ont toutes fait au tout début de celle-ci. La patiente ayant instauré le sevrage avant la grossesse n'a pas repris sa consommation dans le post-partum. Un sevrage débuté avant la grossesse sans la motivation extrinsèque du bébé pourrait donc être bénéfique pour prévenir d'une éventuelle rechute.

Concernant les mères qui ont diminué leur consommation pendant la grossesse :

- la totalité de celles ayant diminué leur consommation ont débuté au 1^{er} trimestre
- trois patientes ont continué de diminuer tout au long de la grossesse arrivant à la fin avec encore quelques cigarettes par jour.

Quinze patientes n'ont bénéficié d'aucune aide d'un professionnel de santé en rapport avec le tabac pendant leur grossesse, soit près du trois quarts des femmes. En sachant que le sevrage tabagique a de meilleures chances de perdurer lorsqu'un professionnel y contribue, le taux observé ici est donc insuffisant.

Dix patientes, soit presque la moitié, prétendent n'avoir reçu aucun conseil minimal lors des consultations pendant la grossesse. Le conseil minimal se compose de 2 questions :

- fumez vous ?
- avez vous déjà pensé à arrêter ?

Les patientes étaient soit suivies en libéral soit suivies en consultation à l'hôpital de Fleyriat.

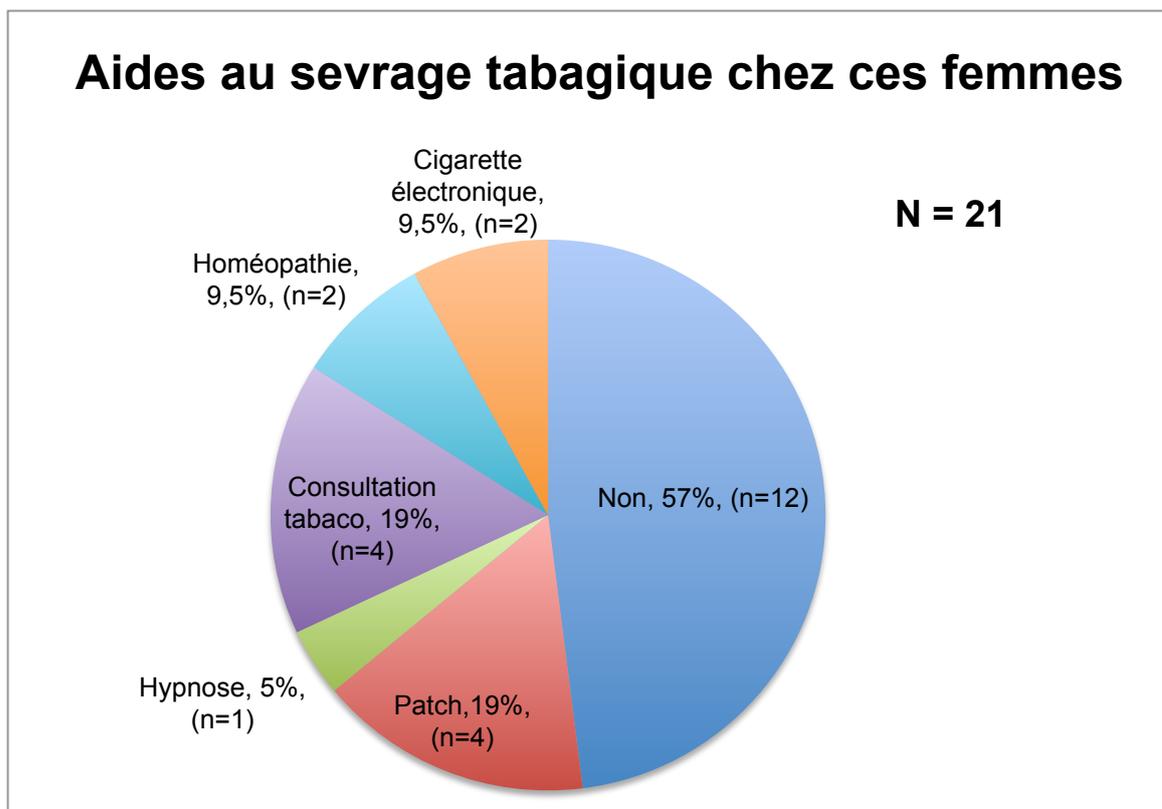


Figure 7 : Fréquence d'utilisation d'aides au sevrage tabagique pendant la grossesse

Certaines patientes ont eu recours à plusieurs aides pour le sevrage tabagique ce qui nous donne un total supérieur à 100%.

Quelques femmes ont utilisé des moyens afin de les aider dans leur sevrage de façon autonome. Précédemment 15 nous signalaient n'avoir eu aucun soutien de professionnels, alors qu'ici 12 n'ont effectivement rien utilisé afin de les aider. Concernant celles qui ont eu de l'aide de professionnel, toutes ont utilisé des moyens secondaires afin de les épauler.

Concernant leur entourage, la majorité côtoie des fumeurs :

- 76% soit 16 d'entre elles ont un conjoint fumeur
- 19% soit 4 de ces femmes ont un conjoint non fumeur
- 5% soit 1 n'a pas de conjoint mais a un entourage proche fumeur

Sachant que 6 femmes ont cité des difficultés de sevrage dans leurs relations sociales. Cet environnement, en majorité fumeur, ne les soutient pas.

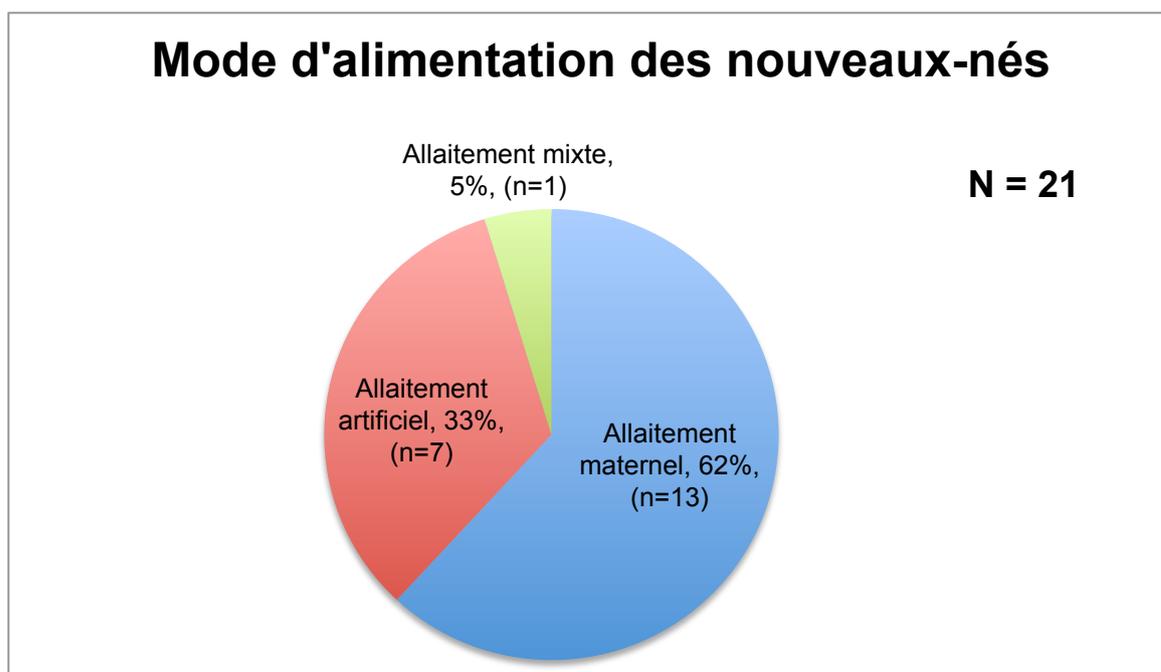


Figure 8 : Mode d'alimentation des nouveaux nés

Sur ce graphique nous observons un taux d'allaitement maternel majoritaire par rapport aux autres modes d'alimentation. Ce chiffre correspond aux données de la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), le taux d'allaitement maternel en 2013 était de 66% à la naissance (18).

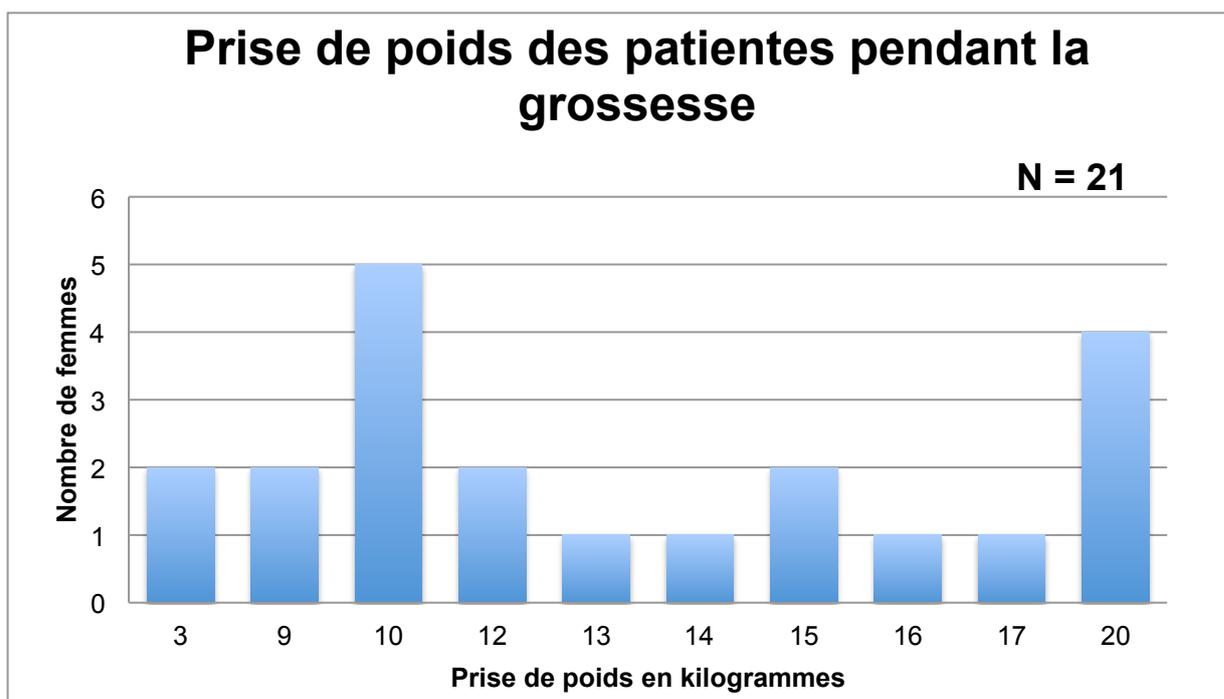


Figure 9 : Prise de poids pendant la grossesse pour ces patientes

La prise de poids moyenne par femme est d'environ 12,8kg pendant la grossesse.

Mais l'écart type est de 17kg donc il existe tout de même de grandes différences entre les femmes.

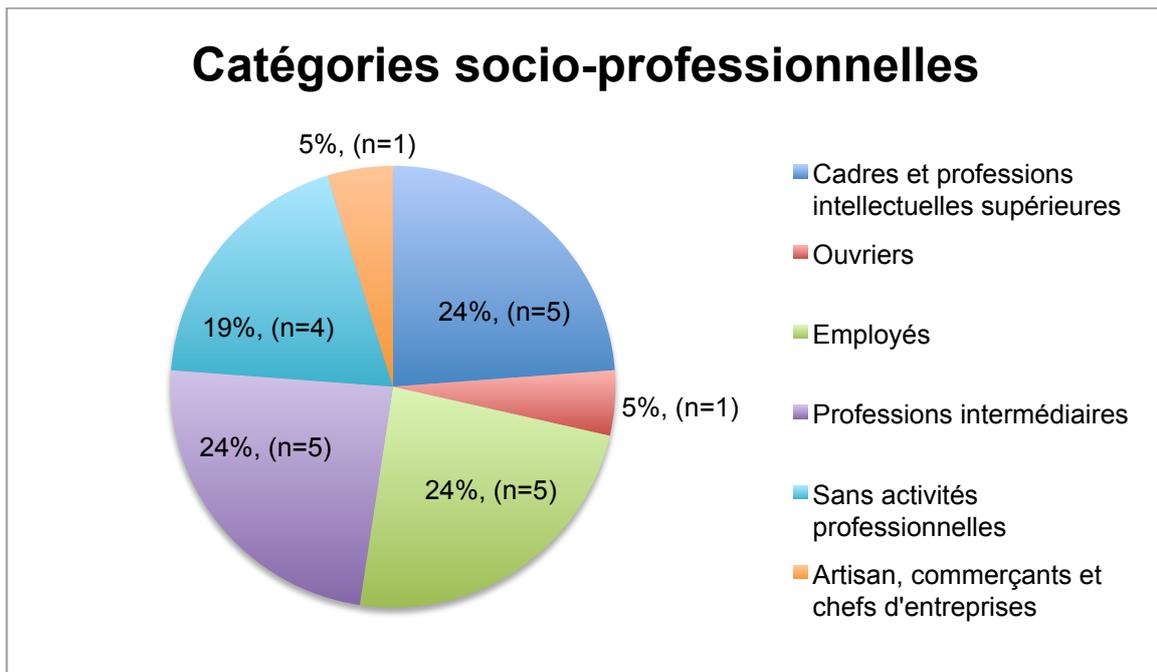


Figure 10 : Répartition des catégories socio-professionnelles des patientes

Nous avons donc une population hétérogène ce qui nous a permis de faire des comparaisons avec la reprise du tabac selon les différentes catégories.

La totalité des patientes qui décrivent une activité stressante fume sur le lieu de travail ce qui leur donne une habitude supplémentaire difficile à supprimer lors du sevrage.

Après avoir présenté notre population, analysons les difficultés que ces mères ont le plus fréquemment rencontrées.

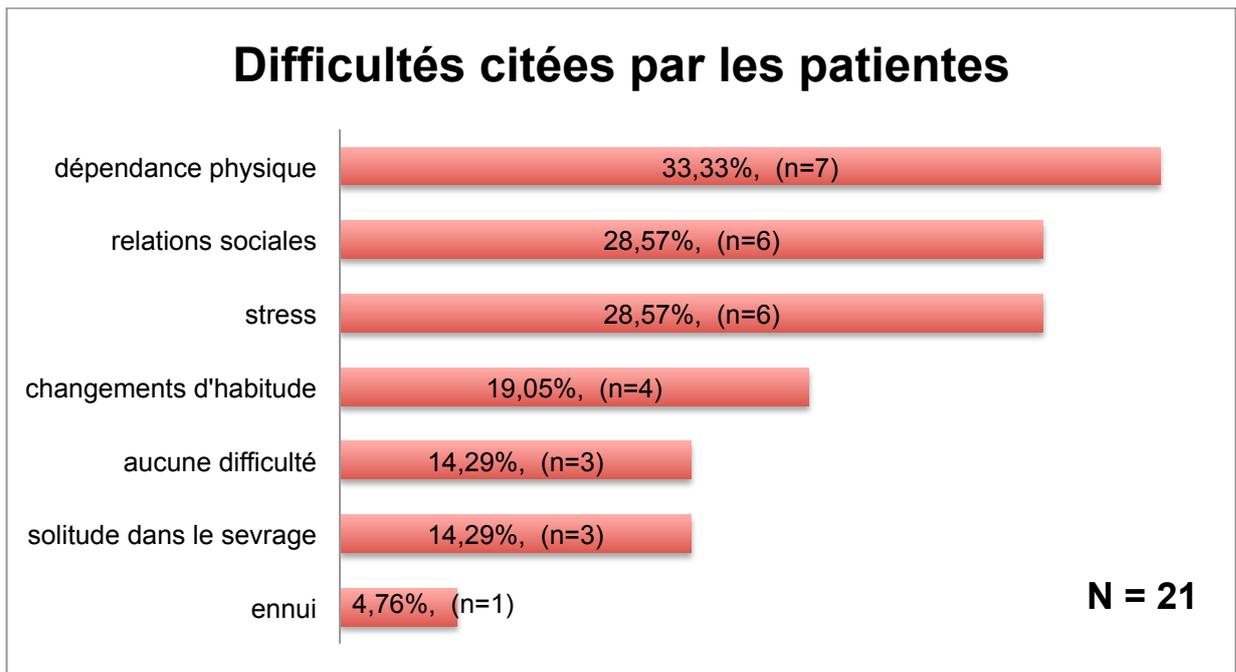


Figure 11 : Répartition des difficultés rencontrées par les patientes lors du sevrage tabagique

Certaines femmes ont évoqué plusieurs difficultés ce qui nous donne un résultat supérieur à 100%.

Six patientes ont décrit plusieurs difficultés, parmi elles 4 fumaient plus de 15 cigarettes par jour avant la grossesse, les 2 autres se trouvaient entre 10 et 15 par jour.

Concernant les différents objectifs des femmes ayant participé à l'étude :

- 11 de ces patientes ont un projet d'arrêt complet du tabagisme à long terme.
- 7 autres ne se sentent pas prêtes à arrêter et savent qu'elles vont reprendre leurs habitudes tabagiques comme avant la grossesse.
- 3 patientes ayant diminué leur consommation pendant la grossesse voudraient rester dans cette optique de diminution.

2. Résultats des entretiens téléphoniques à trois mois du post partum :

Dix sept mères ont participé au second entretien à trois mois du post partum. Il s'agissait d'un entretien téléphonique d'une dizaine de minutes avec plusieurs questions ouvertes. Elles ont été relancées plusieurs fois par téléphone et par mail, il y a un taux de « perdue de vue » de 19%.

Parmi les 9 patientes qui ont réussi à stopper totalement leur consommation de tabac, une a été perdue de vue. Cinq n'ont jamais refumé de cigarettes, soit 62% d'entre elles. Une a repris au bout d'un mois pendant quelques temps puis a « culpabilisé » et a de nouveau arrêté. À 3 mois du post partum 6 patientes ont complètement arrêté leur consommation de tabac, soit 75% de celles qui avaient entamé un sevrage complet.

Parmi les 12 patientes qui ont diminué leur consommation pendant la grossesse : trois ont été perdues de vues. Trois femmes ont diminué davantage leur consommation dans le post partum et une est restée avec la même consommation de la grossesse. Les cinq autres ont donc augmenté leur consommation par rapport à la grossesse.

Statut tabagique des mères à 3 mois de la naissance

N = 17

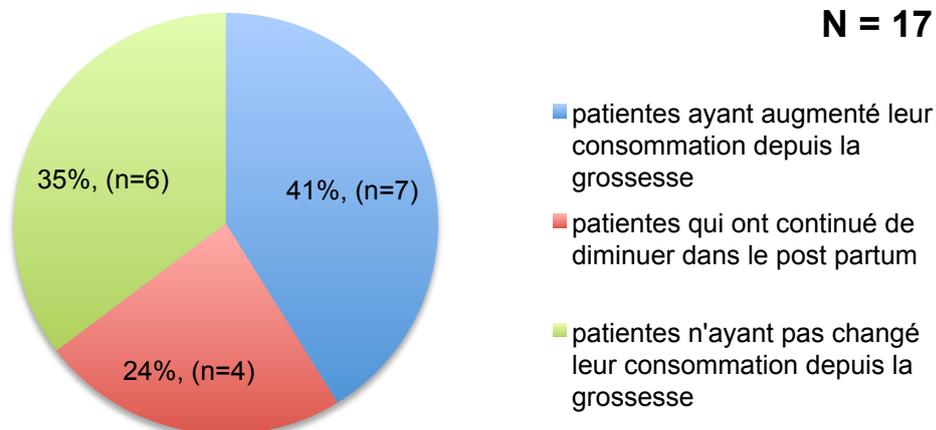


Figure 12 : Statut tabagique des patientes interrogées à 3 mois du post-partum

On note que plus de la moitié des femmes n'avaient pas augmenté leur consommation depuis la grossesse.

Tableau 1 : Reprise du tabac dans le post-partum en fonction du nombre de tentative de sevrage antérieur.

Tentatives de sevrage	Reprise du tabac à 3 mois du post-partum		TOTAL
	OUI	NON	
1 ^{ère} tentative	2	5	7
2 ^{ème} tentative	4	3	7
3 ^{ème} tentative	0	2	2
4 ^{ème} tentative	1	0	1
TOTAL	7	10	17

Parmi les 7 patientes qui ont repris leur consommation, 5 d'entre elles n'en sont pas à leur première tentative.

2.1. Patientes ayant arrêté complètement le tabac pendant la grossesse :

Pendant la grossesse, 9 femmes nous signalaient avoir complètement arrêté de fumer. Parmi les 8 entretiens que nous avons pu réaliser à 3 mois de la naissance, 6 nous signalaient qu'elles étaient toujours en sevrage complet de tabac. Deux patientes ayant réalisé un sevrage complet ont repris leurs habitudes dans les 3 mois du post partum.

2.1.1. Patientes qui avaient totalement arrêté de fumer pendant la grossesse et n'ayant pas repris le tabac dans le post-partum :

Parmi les 6 patientes ayant arrêté le tabac, 5 n'ont jamais repris depuis le début de la grossesse.

Une mère nous signale avoir repris la cigarette pendant quelques semaines à 1 mois du post-partum. Elle nous explique que « *la fatigue et le stress* » ont été prépondérants pendant cette période et donc ont « *beaucoup joué* » dans cette reprise. Elle avait besoin de moments à elle, de « *répits* », où elle pouvait s'offrir « *une pause* ». Elle continuait toujours d'allaiter donc elle culpabilisait de plus en plus, elle a donc arrêté de nouveau net sa consommation avec l'aide de patchs. Elle était moins fatiguée après quelques mois, et moins stressée donc elle n'a pas eu trop de difficultés à arrêter de nouveau le tabac. Sa motivation principale pour le sevrage était toujours le bébé, d'autant plus qu'elle continuait son allaitement maternel.

Quatre de ces femmes n'ont pas ressenti le besoin d'un soutien par des professionnels, deux patientes ont ressenti le besoin d'en consulté un, mais seule l'une d'entre elles en a vraiment vu un. Celle qui n'a pas vu de professionnel a utilisé des patchs sans aucun avis extérieur, quant à celle qui a vu un professionnel, elle a réalisé une séance d'auriculothérapie. D'une façon plus générale un tiers de ces femmes a eu une information sur le tabac dans le post-partum transmise par 2 sages-femmes lors de la visite post-natale.

Concernant la perte de poids après l'accouchement, la totalité de ces femmes sont satisfaites car la perte de poids s'est faite relativement rapidement et même 3 d'entre elles ont déjà perdu tous les kilos de la grossesse.

En ce qui concerne l'alimentation des nouveaux nés, la totalité de ces patientes allaitaient leur bébé à la sortie de la maternité. Cinq continuent toujours l'allaitement maternel, et une est passée à l'allaitement artificiel à la reprise du travail. Selon plusieurs d'entre elles l'allaitement maternel les soutient dans le sevrage, car en plus de leur motivation pour leur santé personnelle, elles additionnent la motivation pour le bébé.

Un tiers seulement des femmes a repris une activité professionnelle.

Il s'agit de la première tentative de sevrage tabagique pour 3 femmes, pour une autre de la deuxième tentative et pour 2 autres de la troisième.

L'objectif de toutes ces femmes est de tenir le plus longtemps possible, 5 d'entre elles sont confiantes dans cet avenir et une veut essayer le plus longtemps possible mais n'y croit pas trop à long terme.

Certaines ont quand même soulevé quelques difficultés lors des relations sociales entre fumeurs (ressenti par la moitié d'entre elles). Les moments d'ennuis et d'habitudes sont également cités comme difficiles. Par contre, pour la totalité, la période la plus difficile est passée, il s'agissait des 2 premiers mois après l'accouchement.

2.1.2. Patientes qui avaient totalement arrêté de fumer pendant la grossesse et ayant repris le tabac dans les 3 mois après la naissance :

Deux patientes ont repris leurs habitudes tabagiques dans les 3 mois après la naissance alors qu'elles avaient entrepris un sevrage complet pendant la grossesse.

Pour la première, il s'agit de la 2^{ème} tentative de sevrage tabagique, elle avait déjà stoppé sa consommation lors de sa 1^{ère} grossesse, puis elle avait rechuté à la reprise de l'activité professionnelle et à l'arrêt de l'allaitement maternel. Elle évoque

les mêmes difficultés que lors de sa précédente grossesse c'est à dire le « *stress de reprendre le travail* » et « *l'envie de reprendre les anciennes habitudes* ». Cependant elle nous confie qu'elle se doutait qu'elle reprendrait ses habitudes à l'arrêt de l'allaitement cette fois encore, elle ne « *se sent pas prête à arrêter pour le moment* ».

Pour l'autre, c'est la 1^{ère} tentative de sevrage tabagique et elle évoque le plus de difficultés lors de « *relations sociales* ». Elle ressentait une forte envie de fumer quand elle était en groupe avec des fumeurs, elle a recommencé tout de suite à la sortie de la maternité. Mais à posteriori elle a « *un peu regretté* » d'avoir repris aussi vite, elle aurait aimé avoir les conseils d'un professionnel ou au moins des astuces pour éviter une rechute rapide dans ses anciens travers. Cette mère avait choisi dès le départ l'allaitement artificiel pour son nouveau-né, elle n'avait donc plus, selon elle, la même « *motivation pour le bébé* ». De plus elle a également fait un « *baby blues* », selon elle, cela a pu avoir une incidence sur la reprise et l'augmentation de sa consommation tabagique.

Seule l'une des deux a repris une activité professionnelle.

Ces 2 mères nous confient qu'elles ne se sentent pas prête à arrêter complètement le tabac pour le moment mais elles souhaiteraient ne pas reprendre autant qu'avant la grossesse. Les 2 patientes fumaient entre 10 et 15 cigarettes par jour avant la grossesse, l'une est maintenant entre 5 et 7 cigarettes par jour et l'autre est entre 3 et 5 cigarettes par jour pour le moment. Cette dernière a repris la cigarette il y a peu de temps, elle pense encore augmenter sa consommation au fil du temps.

Toutes les 2 avaient pris 20 kg pendant leur grossesse, pour l'une d'elle la perte de poids ne se fait pas aussi rapidement que ce qu'elle espérait, elle a perdu « *seulement 8kg* » ce qui la contrarie beaucoup.

2.2. Patientes ayant diminué leur consommation tabagique pendant la grossesse :

Pendant la grossesse 12 femmes nous informaient de la diminution de leurs habitudes tabagiques par rapport à avant leur grossesse. Après les avoir

recontactées, 9 entretiens ont pu être réalisés 3 mois après la naissance de leur enfant.

2.2.1. Patientes ayant diminué leur consommation tabagique pendant la grossesse et qui ont continué de diminuer dans le post-partum :

Trois femmes ayant diminué leur consommation tabagique pendant la grossesse nous signalaient qu'elles avaient continué de diminuer dans le post partum. Une est passée de 10 cigarettes à 6 par jour et les deux autres sont passées de 5 cigarettes à 3 par jour.

Deux de ces patientes n'ont pas ressenti le besoin d'être aidé par des professionnels car elles étaient déjà satisfaites de leur diminution actuelle. En revanche une autre aurait aimé « *avoir des conseils sur des astuces ou des moyens pour diminuer* » sa consommation. Elle trouvait la « *démarche des consultations de tabacologie intéressante* » même si ça ne lui a pas convenue pendant la grossesse. Pour elle « *la grossesse et le post partum sont des occasions pour intervenir sur les habitudes tabagiques* », elle trouvait donc « *intéressant d'avoir une prise en charge* ».

Au niveau de la perte de poids après la naissance, 2 ne se sentaient pas préoccupées par ce sujet puisqu'il ne leur restait que très peu de kilos de la grossesse.

Les 3 mères allaitaient leur bébé à la sortie de la maternité. À 3 mois du post-partum seulement une continue l'allaitement maternel exclusif, une autre pratique l'allaitement mixte et la dernière a arrêté complètement l'allaitement maternel il y a quelques semaines en vue de la reprise de son activité professionnelle.

Aucune de ces patientes n'a senti de baby-blues dans le post-partum, leur état émotionnel était donc favorable pour perdurer dans cette diminution tabagique.

Parmi ces mères, deux ont repris une activité professionnelle. L'une d'entre elle a un emploi du temps aménagé, et du coup n'a « *pas été stressée de reprendre le travail* ».

Toutes ces femmes ont des astuces pour limiter leurs habitudes tabagiques :

- L'une d'entre elles utilise l'homéopathie pour « *couper certaines envies* ».
- Une autre évite de consommer des produits qui lui donnent envie de fumer comme le café ou l'alcool. Elle a également le « *projet d'un allaitement maternel long* » ce qui lui permet de tenir encore plus.
- La dernière fumait à l'intérieur de sa maison avant la grossesse, « *maintenant qu'il faut sortir dehors c'est plus contraignant* ». Son conjoint et elle ont donc diminué leur consommation. Elle n'a « *plus envie de fumer des cigarettes entières* », et lorsqu'elle ressent des « *petites envies* » elle comble avec la cigarette électronique quand elle peut.

La plus grande difficulté pour la totalité des patientes est représentée par les relations sociales avec des fumeurs, d'autant plus que toutes ont un conjoint fumeur. L'une des femmes évoque aussi « *la culpabilité par rapport au regard des autres, les personnes qui disent : vous ne pensez pas à votre enfant, dans ces moments là je me sentais vraiment seule* ».

Deux de ces femmes ne se sentaient pas prêtes à arrêter de fumer, mais elles n'aimeraient pas augmenter leurs consommations pour le moment.

Concernant la dernière, elle est « *toujours dans l'objectif d'arrêter* ». Avant d'avoir un enfant elle ne se « *voyait pas arrêter de fumer* » mais maintenant elle « *prend du recul et veut arrêter pour lui, pour lui éviter le tabagisme passif* ». Elle nous explique avoir perdu son frère d'un cancer de la gorge donc elle « *ne veut pas faire subir ça* » à son enfant. Elle se fixe comme objectif le début de l'année 2018 pour arrêter de fumer, elle pense qu'elle prendra rendez vous avec un professionnel pour mettre toutes les chances de son côté.

2.2.2. Patientes qui ont diminué leur consommation pendant la grossesse et qui l'ont reprise dans le post-partum :

Cinq patientes ont repris leurs habitudes dans le post-partum.

Deux ont repris au même nombre de cigarettes qu'avant la grossesse. Les trois autres ont augmenté leur consommation par rapport à la grossesse mais ne sont pas encore arrivées au même nombre qu'avant. Par contre deux d'entre elles pensent qu'elles vont encore augmenter leur consommation et vont sûrement arriver au même nombre de cigarettes qu'auparavant.

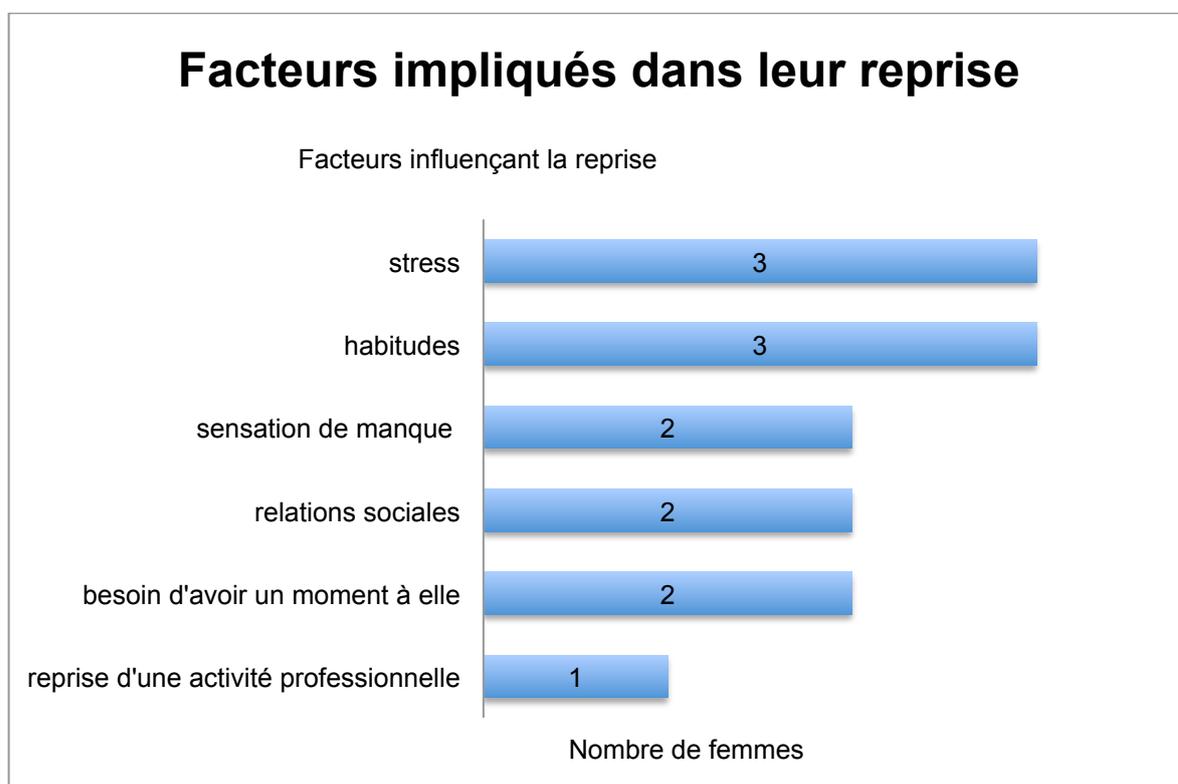


Figure 14 : Facteurs impliqués dans la reprise tabagique de ces femmes (n=5)

Dans ce graphique, certaines femmes ont cité plusieurs facteurs d'implication dans leur consommation tabagique ceci explique que l'addition finale des facteurs est différente de 5.

Trois patientes n'ont pas ressenti le besoin d'être aidées par des professionnels, les deux autres auraient au moins aimé avoir des astuces afin de ne pas trop augmenter leur consommation.

Seule une a reçu des informations concernant le tabac dans le post partum, il s'agissait de son gynécologue lors de la visite post-natale. Pour les autres, aucun des professionnels de santé qu'elles ont pu rencontrer dans le post-partum n'a abordé le sujet.

Aucune d'elles n'avait d'astuce pour limiter sa consommation.

Depuis la sortie de la maternité, deux femmes étaient satisfaites de leur perte de poids puisqu'une a perdu tous les kilos qu'elle avait pris et pour l'autre il ne reste plus que 2kg. Les 3 autres trouvaient que le processus était un peu long et même 2 d'entre elles pensaient que le tabac allait les aider à perdre plus vite.

Aucune de ces patientes n'allaitait à la sortie de la maternité.

Trois sur cinq ont repris une activité professionnelle, et 2 d'entre elles associaient leur reprise avec une augmentation de leur consommation.

En revanche trois ont ressenti des difficultés :

- l'une a eu des difficultés « *dans les relations sociales* », dans les « *moments de solitude de la journée* » et également à cause de son conjoint fumeur.
- une autre a eu son bébé hospitalisé peu de temps après la sortie de la maternité après un épisode de cyanose, depuis ce « *grand moment de stress* », sa consommation de tabac a « *fortement augmenté* ».
- enfin la dernière avait « *du mal à gérer son stress* » et « *ressentait un manque* ».

Elles ont différents objectifs pour la suite :

- deux déclarent ne pas être prêtes à arrêter de fumer prochainement

- deux autres aimeraient diminuer leur consommation sans arrêter dans l'immédiat
- et la dernière aimerait stopper complètement ses habitudes tabagiques dans l'année qui arrive. Cette femme fait partie de celles qui auraient aimé recevoir un peu d'aide de professionnels.

Au niveau psychologique, quatre ont parlé de quelques périodes difficiles et de « *baby blues* », une seule n'a pas éprouvé trop de difficultés depuis ces derniers mois.

2.2.3. Patientes qui ont diminué leur consommation pendant la grossesse et qui sont restées dans cette même dynamique dans le post-partum :

Une seule patiente de l'étude ayant diminué sa consommation de tabac pendant la grossesse est restée à la même quantité dans le post-partum.

Elle a arrêté l'allaitement maternel à la sortie de la maternité car cela ne lui plaisait plus.

Elle n'a pas non plus repris d'activité professionnelle.

Au niveau de la perte de poids après la grossesse, elle est satisfaite puisqu'il ne lui reste que quelques kilos à perdre.

Elle n'a pas eu l'envie ni ressenti le besoin d'être aidée par des professionnels. Elle s'aide avec sa cigarette électronique afin de limiter sa consommation tabagique.

Les périodes les plus difficiles apparaissent lors des relations sociales et dans les moments de solitude.

Elle a un projet d'arrêt du tabac mais pas dans l'immédiat, c'est une période un peu difficile au niveau psychologique (femme célibataire vivant seule dans un « *petit appartement* »). Elle n'a pas envie de consulter un professionnel pour stopper, elle est motivée car ressent de moins en moins l'envie et le besoin de fumer (« *ne fume plus de cigarettes en entier* »).

Analyse des résultats :

Prévention : Quatre professionnels seulement ont abordé le sujet du tabac depuis la sortie de la maternité, alors que toutes ont vu au moins une personne depuis.

Années de tabagisme antérieures : Quand on fait le lien entre la durée antérieure d'exposition au tabac et la reprise dans le post-partum nous remarquons que pour les 7 patientes qui ont augmenté leur consommation, la durée moyenne d'exposition antérieure était de 13,1 ans. Concernant les femmes qui n'ont pas augmenté leur consommation depuis la grossesse, elles ont une durée moyenne d'exposition de 10,6 ans.

Consommation de tabac : En observant la consommation de tabac avant la grossesse pour les mères qui ont repris dans le post partum, elles fumaient en moyenne 16,1 cigarettes par jour. Pour celles qui n'ont pas augmenté leur consommation elles avaient une moyenne de 14,7 cigarettes par jour.

Conjoint : La totalité des patientes qui ont augmenté leur consommation de tabac a un conjoint fumeur également. Les 3 patientes qui ont un conjoint non fumeur sont toujours en sevrage complet depuis la grossesse. Les résultats statistiques montrent qu'il existe un lien significatif entre la reprise du tabac et le tabagisme du conjoint ($p = 0,009$).

Allaitement : Aucune des mères qui ont augmenté leur consommation dans le post partum n'allaité à 3 mois. Alors que 6 des 10 femmes qui n'ont pas augmenté le tabac continuent toujours leur allaitement depuis la sortie de la maternité. Le test de Fisher montre de façon significative que l'allaitement maternel est un facteur protecteur de la reprise tabagique ($p=0,03$).

Prise de poids : Les femmes qui ont repris leur consommation avaient pris en moyenne 14,9kg pendant la grossesse, alors que pour les femmes qui n'ont pas augmenté leur consommation la moyenne était de 13kg.

Difficultés évoquées lors du sevrage : Toutes les patientes ayant repris une consommation dans le post-partum ont évoqué des difficultés lors du sevrage

pendant la grossesse, 5 sur les 7 femmes évoquent au moins 2 difficultés et même une a souvent fait face régulièrement à 4 grandes difficultés. Les changements d'habitude et le stress sont les facteurs les plus cités comme difficiles, suivis par les relations sociales entre fumeurs.

Reprise de l'activité professionnelle : 8 patientes seulement sur les 17 femmes ont repris une activité professionnelle à 3 mois de la naissance. Le test de Fisher ne retrouve pas forcément de lien entre la reprise du travail et celle de la cigarette ($p=0,63$).

Difficultés psychiques : Sur les 7 patientes qui ont repris leurs habitudes, 5 ont ressenti un baby blues durant les premiers temps à la maison. Alors que seulement 3 patientes sur les 10 qui n'ont pas repris ont ressenti des moments de dépression. Les résultats des tests statistiques ne retrouvent pas de lien significatif entre la reprise du tabac et le psychisme des femmes ($p=0,15$). On perçoit tout de même une prédisposition à la reprise du tabac pour celles ayant eu des difficultés psychiques.

Utilisation d'aides au sevrage tabagique : 9 patientes ont eu recours à des aides spécifiques afin de faciliter leur sevrage. Sur les 10 qui n'ont pas repris leur consommation, seulement 3 n'avaient rien utilisé pendant la grossesse. Alors qu'en regardant celles qui ont repris la cigarette dans le post-partum, 5 des 7 n'ont utilisé aucune aide dans leur sevrage. La plupart des patientes qui ont eu recours à des aides et/ou substituts pendant la grossesse n'ont pas repris leur consommation de tabac dans le post-partum. Le test de Fisher ne retrouve pas de lien significatif, $p=0,15$, mais on observe quand même une tendance à la reprise pour les femmes n'ayant eu recours à aucune aide.

Discussion

1. Biais et points faibles de l'étude :

Plusieurs difficultés se sont retrouvées dans notre étude. Tout d'abord le nombre d'entretiens réalisés était faible et ne peut pas être significatif par rapport à la population générale. Etant donné que l'enquête s'est déroulée de façon prospective le nombre de patientes rentrant dans l'étude a été limité.

Le fait que nous ayons un petit échantillon augmente la proportion des réponses atypiques, ce qui crée un décalage par rapport à la population générale. Il aurait été intéressant de prolonger la période de réalisation des entretiens en maternité afin d'avoir un échantillon plus conséquent et peut être plus représentatif de la population générale. Les résultats seront donc sans doute insuffisants pour tirer des conclusions à portée générale.

Lorsque nous regardons les catégories socio-professionnelles des femmes participant à l'étude, nous avons une forte proportion de cadres / professions intellectuelles supérieures par rapport aux ouvriers. Notre population n'est donc pas représentative de la population générale.

Nous avons également un taux de perte de vue de 19% ce qui n'est pas négligeable au vu du nombre d'entretiens réalisés.

Une sous déclaration des patientes sur leur consommation et leurs habitudes est également possible. Dans les entretiens à 3 mois du post-partum, certaines ont pu minimiser leur consommation ce qui nous interroge sur la fiabilité des résultats.

2. Points forts de l'étude :

L'enquête s'est déroulée de façon prospective sous la forme d'entretiens qualitatifs ce qui a permis d'installer de bonnes relations avec les patientes. Celles-ci ont pu être écoutées, comprises et avoir quelques réponses à leurs interrogations.

L'entretien comportait de nombreuses questions ouvertes, cela nous a apporté plusieurs points de vue que nous avons pu comparer.

Notre étude a été réalisée en 2 parties avec un second entretien téléphonique 3 mois après le premier. Le fait de pouvoir observer une évolution entre les 2 entretiens a été pertinent pour notre analyse.

Par ailleurs aucune des patientes rencontrées dans le service de maternité n'a refusé de participer à notre étude et toutes ont accepté d'être recontactées 3 mois après.

Les études réalisées au sujet de la reprise du tabac dans le post-partum sont minoritaires par rapport à celles réalisées pendant la grossesse. La plupart ont étudié plusieurs facteurs favorisant les rechutes mais peu évaluent la prévention par les professionnels. Notre étude semble donc apporter une réelle valeur d'autant plus que les professionnels, notamment les sages-femmes, ont un rôle de santé publique prépondérant.

3. Discussion de l'analyse des résultats :

La reprise du tabac 3 mois après la naissance :

Les données de l'HAS montrent que 30% des femmes rechutent directement après l'accouchement. Dans notre étude 17,6% des femmes ont repris leurs habitudes directement après la sortie de la maternité.

Malgré les conseils et la prévention réalisés dans notre enquête au cours de leur séjour en suites de couches, 7 patientes sur 17, soit 41%, ont repris leur consommation tabagique. Selon d'autres études antérieures, les chiffres de reprises tabagiques entre 2 et 3 mois sont proches de 60% (19) (20). Nos résultats peuvent donc être encourageants pour la suite.

De plus la majorité des patientes qui ont repris leurs habitudes tabagiques fument moins (seulement 2 ont atteint la consommation antérieure à la grossesse).

Nous pouvons donc supposer que la prise en charge des patientes en post-partum peut être optimisée, personnalisée en fonction de leurs besoins et de leurs attentes. Le simple fait d'informer les femmes sur les risques de rechute après l'accouchement et de les mettre en garde contre différents facteurs peut déjà les préparer. Peut être faut-il également proposer systématiquement une consultation de tabacologie en post-partum avant la sortie de la maternité ?

Facteurs ayant influencé la reprise tabagique des femmes de notre étude :

➤ Le tabagisme des conjoints :

D'après les données de la littérature, les femmes qui continuent le plus souvent à fumer sont souvent celles qui ont un conjoint fumeur (21) (22). Ce dernier influence la consommation de sa compagne et a un impact majeur sur les chances d'arrêt ou de rechute (23). Dans notre étude la totalité des patientes qui a repris dans le post-partum ont a conjoint fumeur. Dans le même sens, toutes celles qui ont un conjoint non fumeur sont toujours en sevrage complet.

Les patientes nous décrivent des moments de couples qui sont difficiles à supprimer puisqu'ils sont « *plaisants* » : « *c'est un moment en plus à tous les deux* », « *ça fait partie de nos habitudes ensemble* ». Ces moments ne doivent pas être supprimés mais seulement remplacés, c'est un des objectifs lors des consultations de tabacologie. Ces femmes se rendent compte de l'influence de leur conjoint vis-à-vis de leur consommation.

Malgré le faible échantillon de notre étude, nos résultats significatifs montrent que l'entourage proche de la patiente a un impact majeur sur sa consommation tabagique. De ce fait il est donc important pendant la grossesse et même après, de proposer un sevrage tabagique en couple afin de limiter les risques de rechutes. Le conjoint pourrait apporter à sa compagne : soutien, écoute et lui éviter certaines situations difficiles. Il bénéficie souvent d'une prise en charge indépendante puisque le dynamisme est différent entre les 2 partenaires. Il recevra à cette occasion une

sensibilisation au tabagisme passif ce qui pourra améliorer l'environnement futur de l'enfant.

➤ L'allaitement maternel :

L'allaitement maternel est à promouvoir chez les fumeuses puisqu'il est un des principaux facteurs bénéfiques pour le sevrage tabagique. En effet dans notre étude, aucune des patientes ayant augmenté sa consommation tabagique n'allaitait à 3 mois du post partum. L'une d'entre elles allaitait à la sortie de la maternité, elle a ensuite arrêté en vue de la reprise du travail et elle a recommencé de fumer directement à l'arrêt de l'allaitement. Elle se doutait qu'elle « *reprendrait à l'arrêt de l'allaitement* » car elle n'aurait « *plus la motivation du bébé* ».

Il est recommandé de soutenir les mères pour qu'elles prolongent au maximum la durée de l'allaitement maternel afin de contrebalancer les effets néfastes du tabagisme maternel sur la survenue éventuelle de pathologies infantiles (15). Lorsqu'on met en avant les bénéfices de l'allaitement même en cas de tabagisme, cela diminue l'anxiété et la culpabilité de la mère (17).

Six patientes de l'étude allaitent toujours à 3 mois du post-partum et aucune n'a augmenté sa consommation de tabac.

D'après l'analyse de nos résultats nous pouvons confirmer que sur notre panel l'allaitement maternel est un facteur protecteur pour le sevrage tabagique.

L'allaitement est une des périodes les plus favorables, la mère bénéficie de l'action apaisante des hormones et de l'épanouissement induit par le lien avec son bébé. Dans ces moments, la mère doit être soutenue. La délivrance de substituts nicotiniques est également possible pendant l'allaitement et doit être préférable à une reprise tabagique éventuelle ou à un arrêt de l'allaitement (24).

➤ La situation professionnelle :

Notre échantillon est constitué d'une population hétérogène puisque toutes les catégories socio-professionnelles sont représentées. Selon des données de la littérature, la consommation de tabac varie selon le niveau social et la situation professionnelle (25). La moitié des femmes de notre étude qui ne travaille pas a repris la cigarette. M. DELCROIX, auteur de « Tabac et Grossesse », affirme que les ouvrières et les femmes sans activité professionnelle sont souvent plus fumeuses (26).

D'après nos témoignages, la reprise du travail a engendré des situations de « stress » et d'« anxiété » chez 3 mères. Elles sont toutes cadres ou chefs d'entreprises et ont « des grandes responsabilités » d'où cette pression. L'usage du tabac pour lutter contre le stress est quelque chose d'identifié depuis un certain temps bien qu'il soit un faux anti-stress (27).

Nos résultats ne sont donc pas en accord avec ceux de M. DELCROIX puisque en majorité ce sont des cadres qui ont rechuté rapidement dans notre enquête.

Les femmes associent le tabac avec la reprise de leur activité professionnelle, l'une d'elle a repris sa consommation simultanément à son travail alors qu'elle était en sevrage total depuis près d'un an. A cette même période elle venait d'arrêter l'allaitement maternel qui, comme nous l'avons cité précédemment, est un facteur protecteur de la rechute tabagique.

Le tabac serait donc une soupape aux difficultés, aux pressions qui entourent les mères.

Cependant dans notre étude, les résultats statistiques ne montrent pas de lien significatif entre la reprise du tabac et celle du travail. Mais nous avons pu observer une tendance qui montre des différences entre les catégories socio-professionnelles. Il serait intéressant de comparer à nouveau ces variables avec un échantillon plus conséquent.

➤ Le stress :

Dans notre étude il est identifié comme une des principales difficultés qui influencent la reprise du tabac, comme dans les données de la littérature, (28) alors qu'aucune des femmes ne fumait avant sa grossesse pour gérer son stress.

Toutes les patientes qui ont ressenti du stress pendant la grossesse ont rechuté dans le post-partum, parmi celles que nous avons pu recontacter. Trois d'entre elles ont toujours cette sensation de stress dans le post-partum. Par contre aucune des patientes en sevrage n'en ressent. Le test de Fisher montre un lien significatif entre le stress et la reprise du tabac ($p=0,05$).

Il est vrai qu'une fois fumeuses, les femmes éprouvent beaucoup de difficultés à s'arrêter, souvent plus que les hommes, face au stress et à l'anxiété (29). Le statut de la femme a évolué depuis quelques générations et il lui impose d'associer vie conjugale, professionnelle et personnelle souvent source de pressions. La cigarette est alors considérée comme une échappatoire et un moyen de pouvoir faire face aux différentes situations.

➤ L'état psychique :

Une reprise du tabac est souvent motivée par l'aggravation de l'état dépressif. Huit patientes nous ont évoqué avoir ressenti un « *baby blues* » pendant les premiers temps à la maison. Cinq d'entre elles ont repris leurs habitudes tabagiques, soit 63% des femmes qui ont ressenti un état dépressif.

Les résultats des tests statistiques ne démontrent pas de lien significatif avec la reprise du tabac ($p=0,15$). Néanmoins nous observons une tendance à la rechute pour les femmes qui ont éprouvé des difficultés psychiques. Notre faible échantillon pourrait être la cause de ce résultat.

Selon d'autres études avec des échantillons plus conséquents, l'état psychique des mères est un facteur prédictif de la rechute (15) (30). La prise en charge multidisciplinaire par la proposition de consultations spécialisées permettrait aux femmes d'être épaulées et peut être de ne pas reprendre.

➤ Le poids :

Souvent la prise de poids chez les femmes est un obstacle non négligeable au sevrage tabagique même si durant la grossesse celui-ci est mieux accepté. Un arrêt du tabac pendant la grossesse favorise un gain pondéral supplémentaire par rapport aux non fumeuses. Cela risquera d'entraîner la reprise tabagique dans le post-partum si cette augmentation est mal vécue (31).

Dans notre étude nous remarquons une prise de poids moyenne supérieure chez les femmes qui ont repris le tabac par rapport aux autres. Il faut souligner que les femmes qui ont repris leurs habitudes avaient plus de craintes concernant la difficulté à perdre ce poids dans le post-partum. Quatre d'entre elles sont préoccupées, elles ont peur de ne pas réussir à perdre le poids qu'elles ont pris pendant la grossesse (2 d'entre elles ont pris 20kg). Malgré le faible échantillon nous pouvons supposer qu'il existe un lien entre le poids et la reprise du tabac dans le post-partum des femmes de notre étude.

La prise en charge diététique dans ce contexte paraît donc indispensable afin de limiter la reprise tabagique. La perte de poids ou le retour au poids initial ne doit pas être un motif de reprise du tabac. Nous devons donc nous efforcer de comprendre leur comportement alimentaire afin de ne pas négliger une prise en charge multidisciplinaire : diététique, tabacologique, psychologique.

Notons aussi l'importance de leur conseiller une activité physique qui apporte du plaisir avec un minimum de contrainte, tout en favorisant un meilleur contrôle du poids, particulièrement dans une période où les femmes sont souvent débordées dans leurs nouvelles fonctions de mères.

➤ La parité :

Dans notre étude nous avons une majorité de primipares (43%) et de deuxièmes pares (52%). Nous remarquons que les femmes qui ont repris sont en majorité des multipares.

Plusieurs d'entre elles nous ont avoué avoir une envie de sevrage définitif avec cette nouvelle venue dans la famille. Trois primipares nous ont confié qu'elles ne se « voyaient pas arrêter de fumer avant d'avoir un enfant » mais que « depuis tout est remis en question ». Des études ont supposé que la maternité et la présence d'enfants en bas âge déclenchent des envies de changements dans les couples fumeurs. Mais dans notre étude nous ne pouvons pas affirmer de lien significatif entre la parité et la reprise du tabac dans le post-partum ($p=0,33$).

➤ Le nombre de tentatives antérieures :

Parmi les femmes qui ont repris leurs habitudes tabagiques il s'agissait pour la plupart d'entre elles d'une 2^{ème} tentative de sevrage. Pour les autres cet arrêt était le premier qu'elles expérimentaient, c'était donc une période « test ».

À 3 mois du post-partum nous remarquons que les 2 patientes, pour qui il s'agissait de la 3^{ème} tentative d'arrêt, n'ont pas repris leurs habitudes tabagiques. Par contre pour une mère, en 4^{ème} tentative de sevrage, elle a repris sa consommation. Elle savait qu'elle reprendrait puisqu'elle n'était pas prête à arrêter pour le moment. Selon le cycle de Prochaska elle se situait dans la phase de « pré-intention » donc ne se sentait pas vraiment concernée par l'arrêt du tabac (32). En conséquence, dans notre étude, nous ne pouvons pas faire de lien entre le nombre de tentatives de sevrage et la reprise du tabac.

Un fumeur passe en moyenne 3 à 5 fois le cycle de Prochaska avant d'arrêter complètement (32), c'est pourquoi la reprise ne doit pas forcément apparaître comme un échec mais plutôt comme une expérience.

➤ Les habitudes tabagiques avant la grossesse :

Dans notre étude la consommation tabagique quotidienne moyenne était de 14,1 cigarettes avant la grossesse. Selon les chiffres de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) sur les profils des fumeurs, les femmes fumaient en moyenne 12,3 cigarettes par jour en 2010 (33). Nous observons une légère surconsommation par rapport aux chiffres nationaux. Nous nous sommes

demandés si celles qui fumaient le plus avant la grossesse avaient plus de risques de rechuter après l'accouchement. Dans notre étude, celles qui ont repris la cigarette avaient une consommation plus importante avant la grossesse par rapport à celles qui n'ont pas repris : 16,1 cigarettes contre 14,7.

Sur les 3 patientes qui fumaient plus de 20 cigarettes par jour avant la grossesse, 2 ont repris le tabac dans les 3 mois. Les habitudes et le manque ont été les 2 facteurs les plus difficiles pour « tenir », suivi des relations sociales. Ces 2 femmes n'ont été aidées par aucun professionnel depuis la sortie de la maternité.

Nous ne pouvons cependant pas établir de lien entre la durée d'exposition antérieure et la reprise dans le post partum, les résultats du test de Fisher ne sont pas significatifs ($p=0,63$).

Concernant le lieu du tabagisme, la majorité des couples à 71% ne fumait pas à l'intérieur de leur maison ni de leur voiture, les couples connaissent les effets nocifs. En majorité, ce sont les gros consommateurs de plus de 15-20 cigarettes par jour qui ont pris cette mauvaise habitude. Des règles de préventions ont été faites en suites de couches sur le tabagisme passif et l'importance de ne pas installer cet environnement fumeur n'importe où. L'intégralité des femmes m'ont assurée avoir pris de bonnes habitudes avant la venue de leur bébé afin d'avoir un environnement plus sain. Néanmoins, lors des entretiens dans le service de suites de couches, beaucoup sous-estimaient le tabagisme passif. Plusieurs ignoraient que même en fumant à l'extérieur, l'enfant pouvait être touché par le tabagisme passif. De même il est mal connu que le tabac s'incruste dans les vêtements et peut ainsi être transmis à l'enfant.

Lors du sevrage, les anciennes habitudes tabagiques font partie des difficultés les plus citées par les mères. Certaines essayent de les surmonter avec des astuces pour se « changer l'esprit », en revanche d'autres ne parviennent pas à combler leur manque et se retrouvent en détresse avec un risque de reprise tabagique.

➤ La motivation / les objectifs :

Toutes les patientes qui sont toujours en sevrage tabagique (soit 6) sont encore dans l'optique de poursuivre ce sevrage. Concernant les autres, seulement 2 ont un projet d'arrêt prochainement, les 9 autres ne sont pas prêtes à instaurer un sevrage pour le moment. Certaines aimeraient mais pour l'instant ne se sentent pas prêtes dans les conditions actuelles.

Parmi celles qui avaient pour objectif de seulement baisser leur consommation, 4 ont recommencé à fumer.

Les motivations des femmes ont changé depuis la naissance. Précédemment le déterminant chez toutes ces femmes était la santé du bébé. Beaucoup évoquaient de la culpabilité pendant leur grossesse. Cette culpabilité doit être minimisée et nous devons recentrer la motivation de ces femmes sur elles-mêmes, sur leur propre santé, afin de développer une motivation intrinsèque et d'obtenir de meilleurs résultats sur les rechutes. « La cessation est en réalité une abstinence temporaire. La cessation provient d'une motivation extrinsèque, aucun changement d'identité ne se produit. La rechute est considérée comme une récompense après la grossesse » (34).

Nous devrions donc nous appuyer sur leurs motivations. L'idéal pour que le sevrage entrepris devienne définitif serait de proposer une prise en charge en tenant compte du stade dans le cycle de Prochaska auquel la femme se trouve (35). Les patientes de notre étude sont en majorité entre l'intention, la préparation et l'action (Annexe V).

Nous avons soupçonné d'autres facteurs qui peuvent être en lien avec la reprise du tabac comme la fatigue dans le post-partum. Elle est décrite par la majorité des femmes de notre étude. Nous savons que le sommeil des femmes dans le post-partum est souvent interrompu par les tétées nocturnes ou encore les pleurs du bébé. Le sommeil contribue à une moindre fatigue, un meilleur état psychique et permet de ne pas craquer à la première occasion pour une cigarette.

Les consultations de tabacologie :

Seules 6 femmes de notre étude ont pu être accompagnées par des professionnels dans leur sevrage tabagique.

Par contre elles étaient 9, soit 43%, à utiliser des aides spécifiques au sevrage tabagique pour réduire ou arrêter leur consommation. Certaines ont donc pris l'initiative de se procurer l'aide dont elles avaient besoin sans aucun avis extérieur. Nous pouvons nous interroger sur leurs raisons. Était ce parce qu'elles pensaient pouvoir arrêter seules ? Parce qu'elles n'avaient pas confiance dans les consultations de tabacologie ou dans les professionnels ?

Moins de la moitié a utilisé des substituts nicotiques alors que ces derniers sont autorisés depuis 2004 chez la femme enceinte. De plus, selon l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, l'utilisation combinée des substituts nicotiques à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a plus de chances de fonctionner dans l'arrêt du tabac (36). L'utilisation de la TCC permet de multiplier par 2 le taux d'abstinence à 6 mois (37). Cette approche thérapeutique peut être conseillée en première intention pour tout sujet décidé à s'arrêter.

D'un autre côté 62% des patientes étaient averties via une information de professionnels qu'elles avaient la possibilité d'avoir une consultation avec un tabacologue.

Il nous paraît nécessaire de généraliser l'existence des consultations tabacologiques et d'informer les patientes sur la possibilité d'un suivi afin de maximiser les chances d'arrêt.

La prévention par les professionnels :

Au vu de la rapidité des reprises en post-partum, il est indispensable de mettre en place un soutien dès le séjour en maternité. Pour commencer une simple question sur leurs intentions concernant le tabagisme en post-partum suffirait. Cette

intervention minimale est brève et facile à expliquer par tous les intervenants de la maternité.

D'une façon générale, seuls 4 professionnels ont parlé de tabac dans le post-partum selon les 17 patientes interrogées alors que l'HAS qualifie cette information d'indispensable afin de limiter les rechutes (15). Une amélioration de la prévention dans le post-partum pourrait donc être un point de départ afin d'augmenter la durée du sevrage.

Selon une étude de l'assurance maladie plus d'un quart des femmes demanderait plus d'informations sur les méfaits du tabac sur la grossesse, le fœtus et l'enfant à venir. Ces mères demandent que cette information soit systématique, complète et répétée mais pas non plus culpabilisante (14).

En reprenant la prévention réalisée antérieurement, 38% des femmes de notre étude n'ont pas reçu de conseil minimal venant de professionnels durant toute la durée de leur grossesse. Il a pourtant été démontré que cette brève intervention augmente le pourcentage d'arrêts soutenus et réussis (13).

Selon le mémoire d'A. Phuong, sage-femme tabacologue, 95% des femmes enceintes interrogées ont déclaré avoir reçu le conseil minimal au Pôle Mère-Enfant de Bourg-en-Bresse en 2012 et 79% ont eu une proposition de consultation tabacologique pendant la grossesse (38).

Toutes les patientes de notre étude n'étaient pas suivies à la maternité de Bourg en Bresse, nous ne savons donc pas si cette baisse d'information provient d'un relâchement de la prévention par certains professionnels de la maternité ou alors d'une omission de professionnels libéraux. Dans tous les cas, une information sur les protocoles de prises en charges des femmes fumeuses devrait circuler auprès de tous les professionnels, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, dans le but d'avoir une prise en charge optimale. La prévention peut même être accentuée un peu plus en l'étendant auprès de tous les professionnels en contact avec les femmes en âge de procréer puisque le sevrage est encore plus bénéfique s'il est entrepris avant la mise en route d'une grossesse.

La formation des professionnels au contact des femmes enceintes ne peut être qu'un atout pour mieux les informer et les accompagner tout au long de leur sevrage.

Nous avons remarqué que des facteurs sont impliqués dans les reprises de tabac dans le post-partum. Seulement, même si une femme est confrontée à plusieurs facteurs la prédisposant à une rechute, les professionnels peuvent toujours jouer un rôle. En effet dans notre étude, une patiente fumait 40 cigarettes par jour avant la grossesse, elle a pris 20kg durant celle-ci et a même ressenti un baby blues à la sortie de la maternité. Elle était donc exposée à de nombreux facteurs de risque de reprise. Pourtant cette patiente était toujours en sevrage à 3 mois du post-partum. Consciente des difficultés qu'elle ressentait, elle a pris l'initiative de consulter un professionnel spécialisé et a réalisé une séance d'auriculothérapie qui lui a été bénéfique. Cette femme s'est procurée l'aide dont elle avait besoin et a choisi une aide adaptée à ses souhaits.

4. Projet d'action

Notre enquête nous a permis de remarquer un relâchement de la prévention par rapport à d'autres études antérieures (38). Des actions de remobilisation des pratiques au niveau professionnel seraient intéressantes afin de renforcer la prise en charge.

Dans le post-partum, peu d'actions de prévention sont poursuivies laissant ainsi la place aux rechutes. Le Pôle Mère Enfant fait partie du réseau « maternité sans tabac », un protocole pour la prise en charge des fumeuses est mis en place depuis 2011 en salle d'accouchement. Il serait intéressant d'étendre ce protocole au moins jusqu'à la visite post-natale avec une mesure fréquente du CO (monoxyde de carbone) expiré. Dans le service de suites de couches nous pourrions intégrer aux conseils de sorties :

- les effets du tabagisme passif sur le nouveau-né
- les risques de rechutes avec les facteurs impliqués
- les solutions pouvant aider à les surmonter

Pour les femmes qui choisissent l'allaitement maternel, il serait intéressant de promouvoir ce dernier le plus longtemps possible, de leur expliquer les bienfaits de sa durée sur tabagisme et l'influence positive qu'il a sur le sevrage tabagique.

Nous pouvons également travailler sur cet arrêt du tabac en amont afin que les patientes soient mieux préparées à maintenir ce sevrage. Il serait intéressant de renforcer la prévention lors de l'entretien prénatal précoce par exemple, ou lors de séances de préparation à la naissance, ou encore lors d'un entretien pré-conceptionnel. Les professionnels aborderaient alors :

- le conseil minimal
- la mesure du CO dans l'air expiré, pour la prise de conscience de l'intoxication tabagique
- des informations sur les conséquences du tabagisme sur le fœtus, la grossesse et la santé de la mère, ainsi que les bénéfices du sevrage
- la possibilité de consultations de tabacologie et d'utilisation de substituts nicotiniques

Cette intervention permettrait d'élaborer un suivi et de conforter la confiance des mères dans la prise en charge. Parallèlement nous pourrions aussi commencer à promouvoir l'allaitement maternel qui sera bénéfique pour la suite. Ces interventions peuvent prendre place au cours de n'importe quelle consultation, et la mesure du CO expiré devrait également être systématique lors du suivi.

Le renforcement de la prévention concerne tous les professionnels, pas seulement le personnel hospitalier. Les professionnels libéraux occupent une grande place auprès de ces femmes, pendant la grossesse mais surtout après. Les sages-femmes libérales qui participent au PRADO (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile) sont en premières lignes lors du retour à domicile après la naissance. La remobilisation de leurs pratiques avec une mise à jour de leurs connaissances sur le tabac n'est pas à négliger. Le but serait aussi de travailler en interdisciplinarité, pour cela nous pourrions créer un document de suivi du tabagisme qui ferait le lien entre les professionnels hospitaliers et libéraux.

À plus grande échelle, un renforcement de la prévention nationale pourrait être bénéfique avec par exemple des campagnes publicitaires ciblant les effets du tabac sur les femmes enceintes, sur le bébé et les effets du tabagisme passif sur les enfants. Des images choc pourraient être la source d'une prise de conscience chez de nombreuses femmes (annexe V). C'est le choix qu'on fait certains de nos voisins européens pour lutter contre le fléau que représente l'intoxication tabagique (39).

Le Pôle Mère-Enfant de Bourg en Bresse possède une couverture du service d'addictologie importante puisque 3 sages-femmes et une infirmière sont formées en tabacologie. Nous devrions donc profiter de cet avantage en orientant les femmes au maximum vers ces professionnels compétents. Il serait souhaitable d'avoir des professionnels formés en tabacologie dans chaque maternité afin de répondre au mieux aux besoins des patientes.

Enfin, considérant les facteurs de risque de rechute identifiés, nous pourrions établir un profil type de patiente à risque. Toutes les mères fumeuses, risquent de rechuter dans le post-partum mais certaines multiplient les difficultés et donc sont plus susceptibles de retomber dans leur anciens travers. Celles plus fragiles au niveau psychologique, qui n'allaitent pas, ayant un entourage fumeur, stressées... sont plus exposées. Plus on additionne ces facteurs de risque et plus le risque de rechuter est rapide dans le post-partum. Par ailleurs, toutes les patientes ne sont pas réceptives aux mêmes modes de sevrage. L'objectif serait de constituer un réseau pluri-professionnel afin que les patientes aient le choix de la prise en charge en fonction de leur profil et de leurs attentes (substituts nicotiques, hypnose, auriculothérapie, relaxation,...).

Par conséquent, nous devons nous assurer que les professionnels soient bien à jour des dernières recommandations sur le tabagisme, qu'ils connaissent le conseil minimal, des informations sur les consultations de tabacologie afin d'orienter au mieux les patientes. Leur investissement est capital dans cette lutte contre le tabac puisque nous sommes tous acteurs dans ce processus.

Conclusion

Au terme de cette étude, les objectifs que nous nous étions fixés sont plus ou moins atteints.

D'une part nous avons pu identifier des facteurs de risque de rechute comme le tabagisme du conjoint, le stress, l'état psychique, l'asthénie ou encore parfois la reprise du travail. D'autre part nous avons apprécié les bénéfices d'autres paramètres comme l'allaitement maternel, la prise en charge spécialisée avec l'utilisation de substituts nicotiniques. En intégrant les effets du tabagisme passif et de la prévention face aux risques de rechute dans les conseils à la maternité, nous avons constaté une amélioration du taux de sevrage à 3 mois du post-partum.

L'arrêt du tabac nécessite une prise en charge globale incluant les motivations de la patiente ainsi que ses particularités qui accentuent certaines difficultés. Un encouragement à l'allaitement maternel, un soutien psychologique des mères face à différentes situations et une incitation de l'entourage favorisent le maintien de l'abstinence. Un suivi de l'arrêt du tabac devrait donc être assuré au minimum pendant les 3 mois qui suivent la naissance.

Les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes sont des interlocuteurs privilégiés et écoutés lors de la grossesse. Il est nécessaire d'intervenir tôt dès la reconnaissance de la grossesse, mais également de façon répétée.

Pour cela, la formation de base et continue des professionnels de santé en addictologie doit être enrichie par une approche des thérapies cognitivo-comportementales. Il faudrait également plus de coordination entre les différentes équipes en créant des outils de communication et en mettant en place un réseau autour d'objectifs communs.

Enfin, bien que notre étude insiste sur la nécessité de limiter les rechutes du tabagisme dans le post-partum, dangereuses pour le nouveau-né (40), il convient de souligner que reprise ne signifie pas échec pour la femme et son conjoint, ni pour l'équipe soignante car le processus d'arrêt définitif du tabagisme est long, variable, parsemé de rechutes et d'apprentissages par l'erreur.

« Demain ne sera pas comme hier. Il sera nouveau et il dépendra de nous ». Gaston Berger.

Références bibliographiques, Bibliographie

Références bibliographiques :

- [1] **HAUTE AUTORITE DE SANTE** ; https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1719643/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-la-recommandation-2014-de-la-has ; « Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS », janvier 2014
- [2] **INPES** ; <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2015/013-tabac-donnees-barometre-2014.asp> ; « Le tabac en France : nouvelles données du Baromètre santé » Inpes 2014, février 2015
- [3] **INSEE** ; « Bilan démographique 2011 : la fécondité reste élevée » ; Insee Première n°1385, janvier 2012, consulté le 12/09/2017.
- [4] **B BLONDEL, M. KERMARREC** ; enquête nationale périnatale http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf ; « Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 » ; mai 2011
- [5] **RAPPORT PUBLIC DE LA COUR DES COMPTES** ; <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/08-lutte-contre-tabagisme-RPA2016-Tome-2.pdf> ; « La lutte contre le tabagisme : une politique à consolider » ; février 2016, p 338, consulté le 27/09/2017.
- [6] **INPES**
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp> ; « Les profils des fumeurs en France », septembre 2014, consulté le 27/09/2017.
- [7] **INSEE** ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281068> ; octobre 2012 ; consulté le 9/10/2017
- [8] **HAS** ; https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf ; « Grossesse et Tabac » ; texte des recommandations ; octobre 2004 ; p11-12-13-14-15 ; consulté le 25/10/2017.

[9] **PROTOCOLE AURORE**, syndrome de sevrage du nouveau né de mère toxicomane ou substituée, validée le 11 septembre 2007, p1

[10] : **OMS** ; <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/> ; « The Global Tobacco epidemic 2009 »

[11] **MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ** ; <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme> ; « Lutte contre le tabagisme » ; octobre 2017

[12] : **RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES** ; <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/RPA2016-synthese-Tome-2.pdf> ; Cour des comptes ; « le rapport public annuel 2016 » ; p34

[13] **M.L. BERTRAND, M.P. VEGEZZI, R. ECOE, J. DIESTCH** <http://www.em-consulte.com/en/article/138503> ; « Grossesse et tabac : rôle des gynécologues obstétriciens et de l'équipe obstétricale » ; Journal de gynécologie obsétrique et biologie de la reproduction ; vol 34 ; HS1 ; avril 2005

[14] **B. BLANCHON, M. PARMENTIER, J.-C. COLAU, B DAUTZENBERG, C. BLUM-BOISGARD** ; « Tabac et Grossesse : étude de l'assurance maladie des professions indépendantes en Île de France » ; 2004 ; p 25 – 26 ; consulté le 4/09/2017.

[15] **HAS** ; https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/reco2clics_arret_de_la_consommation_de_tabac_2014_2014-11-13_10-51-48_441.pdf ; « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » ; 2014 ; p 4-11-38-39-40-41-47 ; consulté le 27/09/2017.

[16] : **D. BOUSSIRON** ; « Tabac et grossesse : effets materno-foetaux, propositions de dépistage et de prise en charge des femmes enceintes » ; 2004

[17] : **H. TOUZEAU** <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/16390.pdf> ; « la reprise du tabac durant la période du post-partum : recherche clinique et conseils pour la pratique » ; congrès « Tabac et santés » ; novembre 2009

[18] **DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES** ; <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er958.pdf> ; « Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance » ; avril 2016 ; numéro 0958 ; p1

[19] **JACQUEMIN M, SIMON D, TASSON F.**

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S163740881300059X> ; « Le devenir des arrêts initiés pendant la grossesse » ; La revue Sage-Femme, n°3, volume 12, 2013 ; consulté le 10/02/2017

[20] **J. BARBETTI** ; <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01275977/document> ; « Les facteurs influençant la reprise du tabac dans le post-partum » ; p. 22

[21] **LU Y., TONG S., OLDENBURG B.**

<https://academic.oup.com/heapro/article/16/4/355/656752> ; 16 : 355-365

[22] [http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506\(96\)80012-6/pdf](http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506(96)80012-6/pdf), novembre 1996, volume 110, Issue 6, Pages 379-385. P Nafstad, G Botten, J Hagen.

[23] **A. STOEBCNER-DELBARRE, F. LETOURMY** ; <http://www.em-consulte.com/en/article/138504> ; « conduite à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer : rôles des professionnels de santé » ; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ; vol 34, n°HS1, avril 2005 ;

[24] **C. GOMEZ, M. DELCROIX** ; https://ac-els-cdn-com.docelec.univ-lyon1.fr/S1637408804722117/1-s2.0-S1637408804722117-main.pdf?_tid=spdf-75f29864-fb1a-4532-8f17-82d2607397b4&acdnat=1519841240_a1992c150ec223603245101407765005 ; « Tabac et allaitement » ; La Revue Sage-Femme 2004 ; 3 ; 101-109

[25] **C GOMEZ**, « Le tabagisme pergravidique » ; Profession sage-femme 2002; 85, p 7

[26] **M DELCROIX**, « Que sais-je : la grossesse et le tabac » ; Ed Presse Universitaire de France, Paris 2004, p127.

- [27] **JOHNSON JG, COHEN P, PINE DS, KLEIN DF, KASEN S, BROOK JS** ; « Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood » ; JAMA (2000) 284: 2348-51.
- [28] **E. HOUDEBINE, C. GUILLAUMIN, A. ROUQUETTE, C. DAGORNE, S. MADZOU, A. FOURNIE, T. URBAN, S. FANELLO** ; <http://www.em-consulte.com/en/article/206856> ; « Le tabagisme gravidique » ; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, volume 38, n°2, p 155-160
- [29] **Y. MARTYNET, A. BOHADANA** ; « Le tabac : une conquête féminine » édition Masson, 2004; 130, 131, 132, 133, 138,139 p
- [30] **INPES** ; <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf> ; « Le tabagisme en France », Baromètre santé 2010
- [31] **C. PELLE, C. COUSIN-VERLIN** ; <https://www.sciencedirect-com.docelec.univ-lyon1.fr/science/article/pii/S1637408809001576>, « Le poids : élément de reprise tabagique dans le post-partum » ; La Revue Sage-Femme, Volume 8, Issue 5, novembre 2009, pages 292-298.
- [32] **M. UNDERNER** ; <http://www.em-consulte.com/rmr/article/1001238> ; « Le tabagisme est-il une maladie chronique ? Oui » ; Revue des maladies respiratoires ; vol 32, n°7, pages 663-667 ; septembre 2015
- [33] **INPES** ; <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp> ; « le profil des fumeurs en France »
- [34] **J. L. BOTTORFF ; Nursing and Health Behaviour Research School of Nursing** ; « meilleures pratiques en matière de cessation tabagique pendant la grossesse et le post-partum » ; mars 2005
- [35] : **PROCHASKA ET COLL** https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf ; modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente ; octobre 2014

[36] **AGENCE FRANÇAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE** ; « Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac », mai 2003

[37] **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION** ; « Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence » ; Am J Psychiatry, 153 (1996) 1-31.

[38] **A. PHUONG** ; « Grossesse et Tabac. Conséquences du tabagisme des couples sur la naissance et état des lieux du profil tabagique chez les femmes enceintes » ; septembre 2012 ; p 43.

[39] http://www.ohmymag.com/insolite/ce-spot-publicitaire-denonce-le-desastre-du-tabagisme-passif-chez-les-enfants_art113947.html ; publicité finlandaise sur le tabagisme passif chez les enfants ; novembre 2017 ; consulté le 08/03/2018.

[40] **LEUNG GM, HO LM, LAM TH** ; « Secondhand smoke exposure, smoking hygiene, and hospitalization in the first 18 months of lifeLeung » ; Arch Pediatr Adolesc Med 2004 ; 158(7):687—93.

Bibliographie :

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA ; <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/renoncement-tabac-pendant-grossesse-et-rechute-postpartum-canada.html> ; « Renoncement au tabac pendant la grossesse et rechute postpartum au Canada » ; 2016 ; consulté le 4/07/2017

ANNE-SOPHIE GLOVER-BONDEAU, <https://www.stop-tabac.ch/fr/les-effets-du-tabagisme-sur-la-sante/bebes-et-tabagisme-passif> ; « Tabagisme passif : des conséquences néfastes pour les bébés exposés » ; 2013 ; consulté le 27/09/2017

B. FONTAINE ; « Tabagisme et allaitement : quelles techniques d'aide à l'arrêt du tabac proposer aux mères » ; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction n°34 ; 2005

B. SELKE, T. LEBRUN ; « les programmes d'arrêt du tabac chez la femme enceinte », Revue de la littérature ; ADSP n°42 ; mars 2003.

DUPRÉ F, PERRIOT J, DEFAY I, LAVESSIÈRE C, BERLAND M ; « Dépression chez la femme enceinte fumeuse : impact sur la motivation à l'arrêt du tabac » ; novembre 2014 ; consulté le 20/02/2018.

FARES ; http://www.fares.be/static/upload/1/2/Prise_en_charge_du_tabagisme_passif_en_consultation_de_pédiatrie.pdf ; « Prise en charge du tabagisme passif en consultation de pédiatrie » ; 2012 ; consulté le 27/09/2017

GRANGÉ G, BORGNE A,OUAZANA A, LEBARGY F, « Tabagisme et femmes enceintes : description d'un groupe exposé », mars 2008 ; consulté le 18/11/2017.

G. GRANGÉ, A. BORGNE, A. OUAZANA, J.-P. L'HUILLIER, P. VALENSI, G. PEIFFER, H.-J. AUBIN, D.THOMAS, F. LEBARGY, A. EL HASNAOUI ; « Taux de sevrage tabagique chez la femme enceinte en fonction des trimestres » ; Gynécologie Obstétrique & Fertilité, vol 34, issue 12, décembre 2006, p 1126-1130

INSEE ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379742> ; « En 2013, 811 510 bébés sont nés en France » - Insee Focus – 9 ; consulté le 4/09/2017

J. LE HOUZEC ; « Quelles sont les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ? » ; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ; vol 34, supplément 1, avril 2005, pages 182-193.

M. LEPAGE, L. DUMAS, L. RENAUD ; « lutter contre le tabac et promouvoir l'allaitement au Québec : un défi » ; Santé Publique ; 2005.

UNDERNER M, POURRAT O, PERRIOT J, JAAFARI N, PEIFFER G ; « sevrage tabagique et grossesse », octobre 2017 ; consulté le 15/02/2018.

<http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme> ; « Lutte contre le tabagisme » ; 2015 ; consulté le 3/03/2018

Annexes

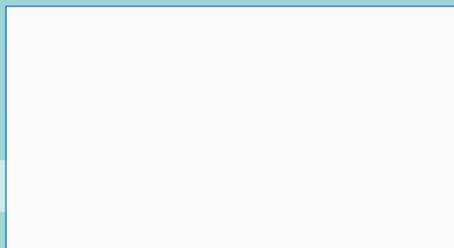
Annexe I : Charte maternité sans tabac :



CHARTRE

HOPITAL SANS TABAC

- 1** Mobiliser les décideurs. Sensibiliser tous les personnels. Informer les usagers.
- 2** Mettre en place un comité de prévention du tabagisme. Définir une stratégie et coordonner les actions.
- 3** Mettre en place un plan de formation des personnels et les former à l'abord du fumeur.
- 4** Prévoir l'aide au sevrage, organiser la prise en charge adaptée et le suivi du fumeur dépendant.
- 5** Faire accepter et respecter la réglementation en vigueur.
- 6** Installer, maintenir et actualiser la signalétique obligatoire.
- 7** Protéger et promouvoir la santé au travail de tous les personnels hospitaliers.
- 8** Multiplier les initiatives pour devenir un Hôpital Promoteur de Santé.
- 9** Renouveler les campagnes d'information. Assurer la continuité et se doter des moyens d'évaluation : assurance qualité, accréditation.
- 10** Convaincre d'abord, contraindre si besoin. Etre persévérant !



est membre du Réseau
Hôpital Sans Tabac

Bernard Andriani - Imprimerie Psa - Février 2007

Annexe II : Trame du 1^{er} entretien réalisé dans le service de maternité :

Question 1 : Combien de temps avez vous fumé avant votre grossesse ?
Combien de cigarettes par jour avant et pendant la grossesse ?

Question 2 : Est ce que vous aviez déjà essayé d'arrêter de fumer ?

Si oui :

- combien de fois ?
- quels ont été les facteurs influençant la reprise tabagique (sociaux, économiques, psychologiques, familiaux) ?
- Est ce que vous vous êtes fait aider dans ce sevrage, quelles ont été les astuces ?
- D'autres arrêts pour des précédentes grossesses ?

Question 3 : Comment avez vous arrêté/diminué pendant la grossesse ?

→ Est ce que vous avez été aidé par un professionnel de santé ? Est ce que celui-ci a au moins donné un conseil minimal concernant le tabac ? (fumez-vous ? avez vous déjà pensé à arrêter ?)

→ Est ce que vous avez ressenti des difficultés ? Si oui, lesquelles ?

→ Qu'avez vous utilisé ? (Consultation avec un professionnel, Patch, Hypnose, Cigarette électronique)

Question 4 : Quelles sont vos intentions pour la suite ?

→ Est ce que votre conjoint est fumeur ?

- Conseil minimal à redonner pour qu'elle en parle à son conjoint + consultation de tabacologie à lui proposer

- Expliquer qu'il ne faut pas fumer dans la maison, dans la voiture, quand ils ont leur bébé dans leur bras, même dehors.

→ Est ce que vous avez un projet d'allaitement ? Durée ?

→ Prévention même chez les femmes qui souhaitent reprendre leur habitude tabagique.

→ Prévenir de la reprise du travail qui est un facteur de risque de rechute.

Question 5 : Est ce que vous aimeriez planifier une consultation de tabacologie ici avec une sage-femme ? Elle pourrait vous aider à poursuivre dans ce sevrage et vous donner des astuces.

Même si au moment de la consultation vous avez repris la cigarette ce n'est pas grave, la consultation pourra quand même vous aider, ne vous culpabilisez pas.

Conseils aux femmes :

- Dire aux femmes qu'elles ont fait un immense effort et que ça serait dommage d'avoir fait tout ça pour rien

- Dire que si le conjoint est fumeur, qu'il ne doit pas fumer dans la maison ni dans la voiture et qu'il ne doit pas prendre son enfant après avoir fumé avec les mêmes vêtements → tabagisme passif. Proposer un sevrage tabagique en couple
Rôle du conjoint d'encourager sa femme dans ce sevrage, éviter de l'exposer aux stimuli s'il est fumeur.
- Promouvoir l'allaitement maternel pour celles qui ont décidé d'allaiter et pour celles qui hésitent ++, serait un bon moyen pour elle de tenir dans ce sevrage, on sait que plus le sevrage est long et plus il est bénéfique dans la durée. Si elle a décidé d'allaiter, encourager !!
Pour les femmes fumeuses leur donner des conseils comme : fumer juste après les tétées si possible.
- Faire de la prévention en exposant les risques du tabagisme pour le nouveau-né, y compris le tabagisme passif :
 - prévenir de la mort subite du nourrisson : expliquer que les enfants de parents fumeurs sont beaucoup plus exposés à ce risque, même s'ils prennent des précautions c'est dangereux pour le nouveau-né durant la 1^{ère} année de vie, car il y aura toujours un minimum d'absorption.
 - entraîne des problèmes ORL : les nouveau-nés exposés auront beaucoup plus de risque de développer plus tard des otites par exemple.
 - les nouveau-nés exposés auront beaucoup plus de risques de devenir asthmatiques dans le futur.
- Est ce que pour vous la prise de poids est une crainte ? Est ce que vous avez déjà eu des variations de poids ? Est ce que vous avez ou avez eu des problèmes de dépression ?
Si elle a peur de prendre du poids c'est un argument en plus pour aller en consultation de tabacologie pour l'accompagnement par un professionnel de santé.
- Prévenir la patiente de la fatigue et du stress qui vont intervenir dans les mois suivants et qu'il ne faut pas que ça emporte sur tout ce qu'elle a fait depuis maintenant.
- Expliquer qu'il y a une chute des hormones après l'accouchement que ça peut donner un accès de déprime mais ce n'est que transitoire donc ce n'est pas le moment non plus de craquer.
- Donner des conseils, astuces pour pallier ces moments difficiles
 - 1^{ère} astuce : avoir toujours quelqu'un de présent pour vous motiver dans ce sevrage. Les professionnels de santé sont aussi là pour ça.
 - Consultations de tabacologie.
 - Patch/gommes nicotiques : les patchs pourront l'aider psychologiquement car elles auront moins besoin de se battre contre cette envie de reprendre.

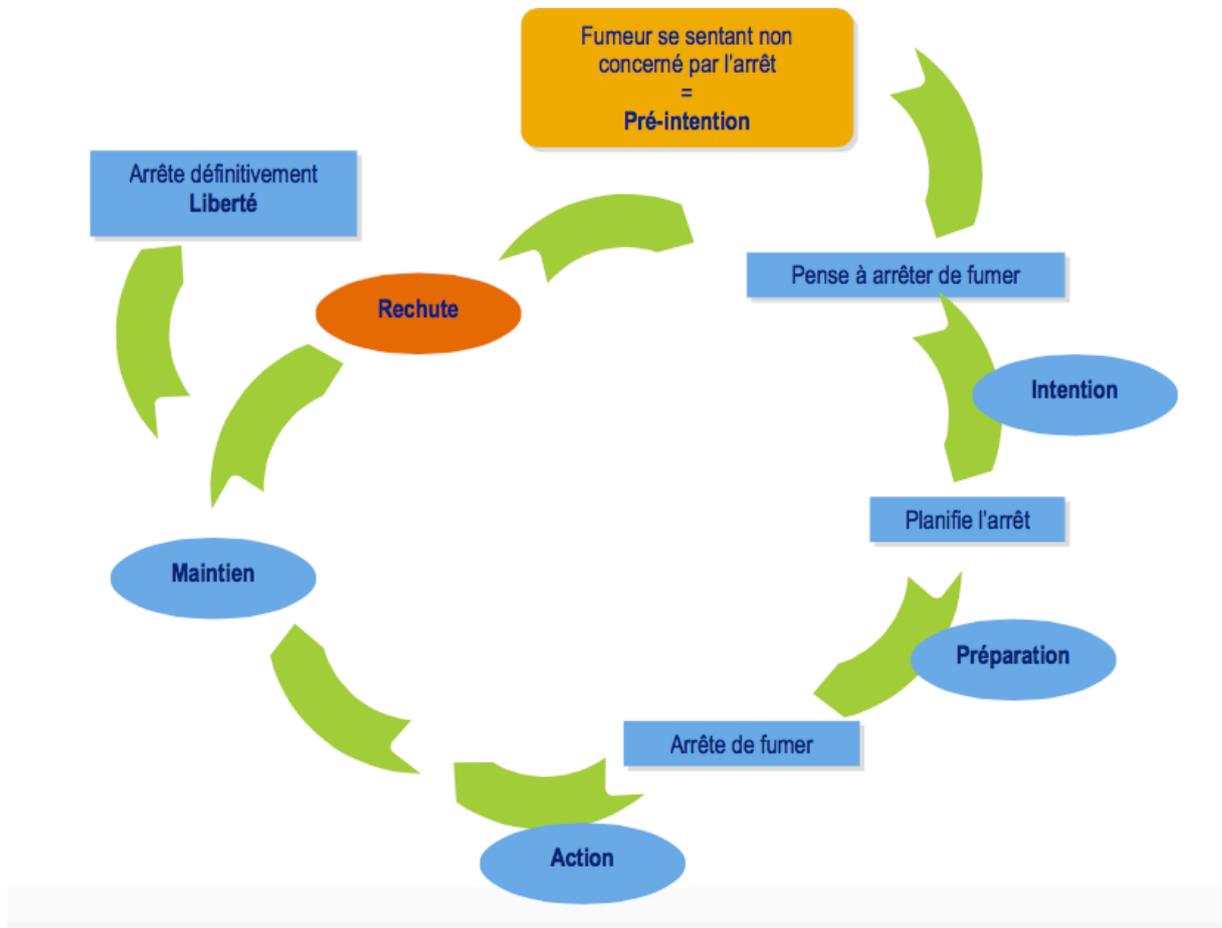
- Mettre l'argent économisé des cigarettes dans une cagnotte puis acheter quelque chose qui vous fait plaisir.
- Est ce que vous avez des techniques/astuces personnelles qui peuvent vous aider dans ce sevrage ?
- Attention aux moments de convivialité.
- Conseils diététiques, possibilité de consultations diététiques également.
- Si sport avant la grossesse, lui faire « toucher du doigt » les progrès réalisés par rapport à l'endurance, le souffle depuis l'arrêt ou la diminution du tabac
- Valoriser les « sens », odorat, goût améliorés depuis arrêt du tabac ?

Annexe III : Trame de l'entretien téléphonique à 3 mois du post-partum :

- Comment allez vous depuis ces derniers mois ? Est ce qu'ils ont été difficile niveau fatigue, stress ?
- Avez vous ressenti de la solitude lorsque vous étiez à la maison en sortant de la maternité ?
- Est ce que vous avez repris la cigarette ?

SI OUI	SI NON
<ul style="list-style-type: none"> - Depuis quand avez vous repris ? - Combien de cigarettes/jour ? - A quel moment de la journée ? - Est ce que vous fumez seule ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce qu'il y a des moments où vous trouvez ça difficile, où vous avez envie de fumer ? Si oui lesquels ?
<ul style="list-style-type: none"> - Selon vous quels sont les facteurs qui ont influencés votre reprise ? (facteur social, conjoint, stress, fatigue, solitude, événement particulier...) ➔ Est ce que ça vous aurait aidé si votre conjoint avait arrêté en même temps que vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous avez pu en parler avec un professionnel de santé ces derniers mois ? Est ce que vous envisagez de le faire ? Est ce que vous en parlez avec des proches qui peuvent vous encourager ?
<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous avez ressenti le besoin d'être aidé ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous avez ressenti le besoin d'être aidé ?
<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous avez pu en parler avec un professionnel de santé ces derniers mois ? Est ce que vous envisagez de le faire ? Est ce que vous en parlez avec des proches qui peuvent vous encourager ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce qu'un professionnel vous a parlé du tabac lors de la visite post-natale ?
<ul style="list-style-type: none"> - Est ce qu'un professionnel vous a parlé du tabac lors de la visite post-natale ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous allaitez toujours ? (si vous allaitiez)
<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous allaitez toujours ? (si vous allaitiez) 	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous avez perdu du poids depuis la sortie de la maternité ?
<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous avez perdu du poids depuis la sortie de la maternité ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous avez repris le travail ? Si oui est ce que ça a été une tentation pour reprendre la cigarette ?
<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous avez repris le travail ? Est ce que ça a eu une influence dans votre reprise ? (travail aménagé ?) 	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous avez des astuces pour tenir dans ce sevrage ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Est ce que vous avez des objectifs particuliers pour la suite ?

Annexe IV : Cycle de Prochaska Di Clemente :



Annexe V : Diffusion de la prévention par images



RÉSUMÉ

Objectif : Evaluer le taux de reprise des femmes dans le post-partum, identifier les facteurs favorisant la rechute, percevoir les besoins des femmes afin d'améliorer la prévention.

Méthode : L'enquête réalisée s'est déroulée en 2 étapes, elle ciblait les femmes ayant arrêté ou diminué de fumer pendant la grossesse. La population a été recrutée dans le service de suites de couches de Bourg en Bresse. Le 1^{er} entretien englobait les habitudes tabagiques antérieures à la grossesse puis pendant celle-ci. A la fin de cet entretien des conseils et de la prévention ont été réalisés afin de limiter les rechutes. Le 2^{ème} entretien a été réalisé 3 mois après le retour à la maison, le but était d'évaluer la reprise de ces femmes dans le post-partum, les facteurs les ayant influencé ainsi que les besoins qu'elles ont pu ressentir.

Résultats : L'analyse des résultats montre une réduction des rechutes dans le post-partum pour les femmes de l'étude (41% à 3 mois). L'étude a permis de mettre en avant différents facteurs ayant influencé des rechutes : le tabagisme du conjoint, le stress, les difficultés psychiques, une asthénie. En revanche l'allaitement maternel et l'utilisation d'aides au sevrage tabagique ont été identifiés comme des facteurs bénéfiques. L'enquête a également souligné l'importance du rôle des professionnels dans la prise en charge des femmes.

Conclusion : L'accompagnement de l'arrêt du tabac est à promouvoir tout au long de la grossesse puis dans le post-partum qui est une période à risque de rechute.

Titre : Tabagisme dans le post partum : déterminants de la reprise chez les femmes.

Mots clés : Tabagisme. Rechute. Post-partum. Facteurs. Prévention. Professionnels de santé.

Adresse de l'auteur : Lucille BAS

Site de formation Maïeutique de Bourg en Bresse

900 route de Paris CS 90401

01012 Bourg en Bresse CEDEX

Année 2018