

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Sami JOHNSTON

Le 10 octobre 2017

**Évaluation de l'efficacité et de la dangerosité des
outils du sevrage tabagique chez la femme enceinte
perçues par les médecins généralistes, gynécologues
et sages-femmes de Midi-Pyrénées**

Directeur de thèse : Dr Julie DUPOUY

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Monsieur le Professeur Olivier PARANT

Assesseur

Madame le Docteur Anne FREYENS

Assesseur

Madame le Docteur Julie DUPOUY

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY OdileMédecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET LaurentChirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU ChristopheHépato-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS PatrickGénétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE NicolasChirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER CharlottePédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX YvesPédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER SandrineThérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD ChristopheNeuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON XavierMédecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIÉ BernardRhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ PierreOphtalmologie
M. CHAUVVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME XavierUrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS ThomasAnesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE MichelRhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS FrédéricAnatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON BertrandChirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ RaphaelChirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX MathieuOto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS EmmanuelPédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-MarcNeurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT OlivierGynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK AtulPharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE BernardHématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-MarieHépato-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER GuillaumeChirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI JérômeCardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER FrédériqueBiochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES JanickAnatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-ChristopheNeurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie	
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie	
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie	
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie	
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie	
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.	
M. PAUL Carle	Dermatologie	
M. PAYOUX Pierre	Biophysique	P.U. Médecine générale
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie	M. OUSTRIC StéphaneMédecine Générale
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie	M. MESTHÉ PierreMédecine Générale
M. RECHER Christian	Hématologie	
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie	
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie	
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile	
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie	
M. SANS Nicolas	Radiologie	
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire	
M. TELMON Norbert	Médecine Légale	
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie	

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
 Dr CHICOULAA Bruno
 Dr IRI-DELAHAYE Motoko
 Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
 Dr ANE Serge
 Dr BIREBENT Jordan

Remerciements

Au Président du Jury

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Professeur des Universités

Maître de stage Universitaire

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le président du jury de cette thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect. Je tiens également à vous remercier pour votre apport à notre formation avec des cours qui nous apprennent la "vraie" médecine générale avec beaucoup d'humanité.

Aux membres du Jury

Monsieur le Professeur Olivier PARANT

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier de Gynécologie Obstétrique

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse. Merci également pour votre investissement dans la collaboration ville-hôpital en gynécologie-obstétrique. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon estime.

Madame le Docteur Anne FREYENS

Maître de Conférences Associée de Médecine Générale

Maître de stage Universitaire

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Merci de me faire l'honneur de participer à ce Jury. J'ai énormément appris à tes côtés en stage, tant sur le plan purement médical que sur le plan humain et relationnel avec les patients

de tout âge. Merci de m'avoir rapidement fait confiance et de m'avoir initiée à une très belle façon de pratiquer la médecine générale. Je te remercie également au nom de toute une génération de jeunes médecins généralistes pour ton investissement dans notre formation à la pratique de la gynécologie. Sois assurée de mon profond respect.

Madame le Docteur Julie DUPOUY

Maître de Conférences Universitaire

Maître de stage Universitaire

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Je te remercie de m'avoir fait confiance et d'avoir dirigé cette thèse avec enthousiasme et professionnalisme. Merci pour ton implication et ton accompagnement tout au long de ce travail. C'était un plaisir de travailler avec toi. Sois assurée de ma reconnaissance et de mon estime.

Je tiens également à remercier mes Maîtres :

L'équipe des Urgences de Montauban, pour leur accompagnement lors de mes premiers pas en tant que médecin.

Madame le Docteur Guylène SANCERE et Monsieur le Docteur Sébastien LABORIE, grâce à qui j'ai découvert les subtilités de la prise en charge gériatrique, et j'ai appris à aimer cette spécialité pleine d'humanité.

Madame le Docteur Odile BOURGEOIS et Monsieur le Docteur Henri CHAUSSADE, qui m'ont initiée à la médecine générale ambulatoire.

Madame le Docteur Anne FREYENS, pour m'avoir fait découvrir la pratique de la gynécologie et la pédiatrie en médecine générale, et qui m'a énormément apporté.

À l'équipe du Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé ainsi qu'au Service de Diabétologie de Rangueil.

Et enfin à mes Maîtres de stage de Carbonne, Monsieur le Docteur Philippe POINOT, Madame le Docteur Sophie RENARD-COT, Madame le Docteur Lara PELLIZZA, Monsieur le Docteur Éric JORDAN et Madame le Docteur Anne-Lise YVERNES, mais aussi Monsieur le Docteur Benjamin PORTE-CAZAUX et Madame le Docteur Lucie GASC. J'ai énormément appris à vos côtés, merci pour votre disponibilité et votre accueil tout au long de mon stage et lors de mes premiers remplacements. J'ai beaucoup de chance d'avoir pu profiter de votre générosité et de votre investissement dans la formation. C'est avec grand regret que je ne pourrai plus venir remplacer à la MSP Bobby. Je vous souhaite le meilleur dans vos projets actuels et futurs.

Remerciements personnels

À mes parents, qui m'ont poussée à faire ce qui me plaisait dès le départ, et qui m'ont soutenue de façon inconditionnelle. Merci d'avoir toujours été là pour moi, vous êtes formidables. Maman, merci également pour tes relectures expertes.

Et merci à Céline et à Jon, de faire en sorte que les choses soient simples.

À ma sœur, Tania. Merci de toujours croire en moi et de ton investissement dans ma formation depuis l'époque où tu me faisais travailler contre ma volonté en jouant, en passant par tes visites hebdomadaires avec des vivres sans lesquelles je n'aurais pas pu avoir ma P1, mais aussi pour ta relecture qui m'a aidée à finaliser ce travail. Je n'en serai pas là sans toi. Je te souhaite le meilleur dans tes projets professionnels et de t'épanouir dans ta vie personnelle.

Merci Anthony d'y contribuer, et pour tous ces bons moments en Bretagne, à Barcelone et ailleurs.

À mon frère Sébastien, je suis heureuse que tu fasses partie de notre vie, c'est un vrai bonheur de te voir grandir.

À mon amie d'enfance, merci Caro pour ton amitié depuis plus de 20 ans maintenant, on a bien grandi depuis nos premières rigolades mais c'est toujours un plaisir de se voir.

Ambre et Lucile, merci d'avoir été là tout au long de ces études, et pour longtemps encore malgré les kilomètres. Votre amitié m'est très précieuse.

Merci Annabelle également pour tous ces bons moments, j'espère qu'il y en aura bien d'autres.

Chloé, Simon, Florence, Dimitri, Victor et Lola, que de belles rencontres dès notre premier semestre. À tous nos apéros, week-ends, soirées, toujours dans la bonne humeur. Je suis ravie que vous ayez choisi de venir vivre ici. Bon courage pour vos thèses également, que de bonnes excuses pour venir faire la fête avec vous !

À la fameuse équipe des Albiens, Marion, Camille, Ottavia, Sophie, Thibaut, et toute la clique, merci d'avoir rendu la vie à l'internat d'Albi beaucoup plus sympa, c'est toujours un plaisir de vous retrouver. À Séverine également, ma co-interne en gériatrie.

Merci Isabelle, c'est un plaisir d'avoir travaillé avec toi pour démarrer cette thèse.

À ma belle-famille Sophie, Jean-Claude, Arthur, Stéphanie. Je vous remercie de m'avoir accueillie à bras ouverts dès le départ, je suis décidément très bien tombée.

Merci également aux copains tarnais de m'avoir adoptée si facilement.

Et enfin Louis, merci pour tout le bonheur que tu m'apportes quotidiennement. Merci de toujours me faire retrouver le sourire, même dans les moments difficiles. Toutes ces années d'études enfin derrière nous, place à de nouvelles aventures à tes côtés !

Table des matières

Liste des tableaux	1
Liste des figures.....	1
Liste des abréviations utilisées	2
Introduction	3
1. Tabac et grossesse	3
2. Le sevrage tabagique chez la femme enceinte	4
2.1. Approches psychologiques et/ou comportementales	4
2.2. Traitement Nicotinique Substitutif (TNS)	5
2.3. Autres traitements médicamenteux.....	6
2.4. La e-cigarette	6
2.5. Les méthodes alternatives.....	7
3. Rôle du médecin généraliste	7
Matériel et méthodes	9
1. Population	9
2. Recueil des données	9
3. L'analyse des données.....	10
Résultats	11
1. Réponses obtenues	11
2. Caractéristiques de la population	11
Tableau 1 : Caractéristiques des professionnels de santé interrogés.....	11
3. Efficacité	13
4. Risques	15
5. Classification des moyens utilisés chez la femme enceinte	15
6. Médecins généralistes	17
7. Commentaires libres.....	17
Discussion.....	18
1. Résultats principaux.....	18

2. Les forces et les faiblesses de notre étude.....	22
3. Perspectives de recherche	25
Conclusion.....	27
Références bibliographiques.....	28
Annexe 1 : E-mail accompagnant le questionnaire (Médecins).....	32
Annexe 2 : E-mail accompagnant le questionnaire (Sages-femmes)	33
Annexe 3 : Questionnaire	34

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des professionnels de santé.....	11-12
Tableau 2 : Expérience ou formation en addictologie et/ou en tabacologie des professionnels interrogés.....	12
Tableau 3 : Fréquence des actes pratiqués par les professionnels.....	13
Tableau 4 : Inclusion dans le classement de chaque type de méthode.....	16

Liste des figures

Graphique 1 : Évaluation de l'efficacité des méthodes de sevrage tabagique sur une échelle de 0 à 10.....	14
Graphique 2 : Évaluation de la dangerosité des méthodes de sevrage tabagique chez la femme enceinte, sur une échelle de 0 à 10.....	15
Graphique 3 : Classement des moyens de sevrage utilisés chez la femme enceinte.....	16

Liste des abréviations utilisées

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ancien nom de la HAS)

CO : Monoxyde de Carbone

EI : Écart interquartile (correspondant dans le résumé en anglais à IR : Interquartile Range)

GO : Gynécologues-Obstétriciens

HAS : Haute Autorité de Santé

IC 95 : Intervalle de Confiance à 95 %

MG : Médecin Généraliste

OFDT : Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie

OFT : Office Français de prévention du Tabagisme

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RR : Risque relatif

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TNS : Traitements Nicotiniques de Substitution

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Introduction

1. Tabac et grossesse

Le tabagisme pendant la grossesse accroît le risque de complications graves telles que fausses couches, mort à la naissance, grossesses ectopiques et accouchements prématurés (1). Les risques pour le fœtus sont une prématurité, un retard de croissance intra-utérin, un faible poids à la naissance, ou encore des anomalies morphologiques plus fréquentes telles que le bec de lièvre. Par la suite, les enfants présentent un sur-risque de mort subite du nourrisson, et sont plus susceptibles de développer des pathologies chroniques à l'âge adulte (liées à la prématurité et au faible poids de naissance) (1). Les effets sur l'appareil respiratoire de l'enfant sont bien étudiés : altération des paramètres respiratoires (volume expiratoire forcé et compliance respiratoire passive), augmentation des hospitalisations pour infections respiratoires, et augmentation de la prévalence des sibilants et de l'asthme dans l'enfance (2).

La prévalence du tabagisme est importante chez les femmes (30% des 15-75 ans), bien qu'elle reste inférieure à celle des hommes (34%). Vingt-quatre pour cent des femmes fumaient quotidiennement en 2014, proportion en légère diminution par rapport à 2010 (26%) (3). La dernière enquête périnatale en 2010 (4) retrouvait des chiffres similaires : 30,5% des femmes fumaient au moins une cigarette par jour avant leur grossesse et 17,1% pendant la grossesse.

L'arrêt de la consommation tabagique se fait parfois en prévision de la grossesse, mais la plupart des arrêts ont lieu au premier trimestre de la grossesse. Au troisième trimestre, seules 9,7% des femmes interrogées disaient avoir fumé au moins une cigarette par jour (4). En Europe, les facteurs associés à la probabilité de continuer à fumer pendant la grossesse sont le fait de vivre seule, d'avoir un niveau d'études du lycée ou inférieur, d'avoir un faible niveau de connaissance en santé, d'être femme au foyer, d'avoir déjà eu des enfants, mais aussi le fait que la grossesse n'ait pas été prévue et l'absence de supplémentation en acide folique (5).

La période péri-conceptionnelle est propice à l'arrêt du tabac chez la femme (6). C'est donc une opportunité à saisir pour la patiente, ainsi que pour son enfant à venir.

2. Le sevrage tabagique chez la femme enceinte

En France, le suivi de la grossesse en cas de tabagisme peut être réalisé par un médecin généraliste ou une sage-femme, mais « l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est recommandé » (suivi recommandé A1) (7).

Selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) (8), la question de la consommation tabagique doit être abordée dès la période pré-conceptionnelle, puis tout au long de la grossesse. Il convient de s'assurer que la patiente comprend les bénéfices importants de l'arrêt de la consommation de tabac pour sa santé et celle de son nouveau-né. Il est recommandé de proposer des interventions soutenues d'aide au sevrage aux femmes fumeuses à la première consultation prénatale ainsi que tout au long de la grossesse. La réduction de consommation spontanée doit être encouragée, mais doit viser un objectif de sevrage car elle peut générer des phénomènes compensatoires avec absorption d'une plus grande quantité de fumée. L'utilisation des TNS (Traitements Nicotiniques Substitutifs) augmente les chances d'arrêt et leur utilisation médicalisée serait moins nocive que de continuer à fumer.

Comme en population générale, la démarche dépendra du stade de motivation de la patiente, qu'il faut évaluer, par exemple par la question « envisagez-vous d'arrêter de fumer ? » (8). Les approches psycho-comportementales sont recommandées en première intention pendant la grossesse, puis en cas d'échec, on proposera un TNS (8).

Il est également essentiel de prévenir le risque de rechute lors du post-partum en construisant un projet de prise en charge spécifique et en informant les femmes (8).

2.1. Approches psychologiques et/ou comportementales

Les approches psychologiques et/ou comportementales sont recommandées en première intention à tous les stades de prise en charge de la femme enceinte fumeuse (11).

Une revue de la littérature publiée en février 2017 portant sur 8 essais contrôlés randomisés, soit 28000 femmes (12), a montré que les interventions psychosociales visant à soutenir les femmes enceintes dans leur sevrage tabagique permettent d'augmenter la proportion de femmes arrêtant de fumer en fin de grossesse. Cela permettrait de diminuer les risques de faible poids de naissance ainsi que de naissance avant le terme. Les femmes ayant bénéficié des interventions psychosociales avaient un risque moins élevé de donner naissance à un

nourrisson de faible poids de naissance (réduction de 17 %), le poids moyen à la naissance était significativement plus élevé et le risque d'admission de leur enfant en soins intensifs néonataux était réduit de 22%. Aucun effet psychologique indésirable dû aux interventions psychosociales n'a été mis en évidence.

Les différents types d'interventions psycho-sociales étudiées étaient (12) :

- Intervention de type « counseling » : cela comprend l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale (stratégies de résolution de problèmes et de « coping »), psychothérapie de soutien, techniques de relaxation et autres stratégies non détaillées. Ce type d'intervention a montré une augmentation significative de l'abstinence en fin de grossesse, en comparaison aux soins habituels mais aussi à des interventions moins intensives. Ces études ne permettaient pas de conclure sur l'efficacité d'un type de stratégie par rapport à un autre.
- Mesures incitatives : basées sur des incitations financières à l'arrêt du tabac (bons de réduction, etc.). Elles ont montré un effet significatif par rapport à des interventions moins intensives.
- Feedback : mesures permettant de monitorer l'état de santé du fœtus ou de doser les produits dérivés du tabac chez la mère, par exemple suivi échographique, mesure du taux de CO (Monoxyde de Carbone) expiré ou de la cotinine urinaire. Cette méthode avait un effet statistiquement significatif en association avec d'autres stratégies.
- Éducation thérapeutique : les études analysées n'ont pas permis de conclure quant à son efficacité sur le sevrage tabagique en fin de grossesse.
- Soutien social : l'effet du soutien par les pairs ou le conjoint n'est pas clair.
- Activité physique : l'analyse des données existantes n'a pas permis de conclure à l'efficacité de l'activité physique pour le sevrage tabagique pendant la grossesse.

2.2. Traitement Nicotinique Substitutif (TNS)

En cas d'échec des méthodes psycho-comportementales seules, il est recommandé de prescrire des TNS en complément. Pourtant, à ce jour leur efficacité et leur innocuité dans le sevrage tabagique au cours de la grossesse n'ont pas été formellement démontrées (13). En effet les études sont trop peu nombreuses et manquent de puissance pour pouvoir conclure avec certitude.

Chez la femme enceinte, il serait préférable de faire retirer le patch de nicotine la nuit afin de réduire la dose journalière totale. Il pourrait être moins nocif pour le fœtus d'utiliser une forme d'administration discontinue de nicotine telle que les gommes ou les sprays afin de limiter l'élévation du taux de nicotine dans la circulation fœtale et donc les potentiels risques associés (14). Cependant l'association de formes orale et transdermique de TNS serait plus efficace que l'utilisation isolée de chacune de ces présentations chez la femme enceinte (15), comme en population générale.

La prise en charge des TNS par l'Assurance Maladie reste limitée : 150 euros par année civile et par bénéficiaire. Ils doivent être prescrits sur une ordonnance consacrée exclusivement à ces produits et doivent figurer sur la liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance Maladie.

2.3. Autres traitements médicamenteux

Le Bupropion et la Varénicline, qui dans la population générale ont l'autorisation de mise sur le marché dans le sevrage tabagique en deuxième intention, sont contre-indiqués pendant la grossesse.

Il est préférable de ne pas utiliser le Bupropion en cours de grossesse comme en population générale en raison de ses propriétés amphétaminiques, bien qu'il ne semble pas être associé à un risque accru de malformations congénitales majeures (16). Les données actuellement disponibles sur l'utilisation de Varénicline pendant la grossesse ne sont pas suffisantes pour conclure sur son efficacité ni son innocuité, mais on sait qu'elle induit un risque psychiatrique important en population générale (de l'insomnie à la dépression ou aux idées suicidaires) (17).

2.4. La e-cigarette

En 2014, 21% des français avaient déjà essayé la cigarette électronique et 4% l'utilisaient de manière courante (18). Il est donc important d'interroger les patientes sur leur consommation, surtout au moment d'une grossesse, car à ce jour les données existantes sur l'utilisation de la cigarette électronique chez la femme enceinte ne permettent de conclure ni à son innocuité, ni à son efficacité dans le sevrage tabagique (19).

Les cigarettes électroniques se composent de 3 parties distinctes : la batterie, le réservoir d'e-liquide et l'atomiseur qui permet de transformer l'e-liquide en vapeur. Les principaux

composants des e-cigarettes sont la vapeur d'eau, la nicotine (dont la quantité peut être variable selon les produits), le propylène glycol et la glycérine (20). L'effet d'une exposition chronique à ces substances n'est pas bien connu à ce jour. L'effet sur la santé de l'inhalation des composants aromatiques n'a pas été suffisamment étudié. Du fait de l'absence de combustion, l'e-cigarette n'apporte pas la quantité significative de cancérogènes, microparticules ou monoxyde de carbone (CO) véhiculés par le tabac, particulièrement délétère pour le fœtus.

Le dernier rapport du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) (21) conclut que pour la population générale « l'usage de la cigarette électronique reste un outil de réduction des risques et des dommages du tabagisme, même si des risques d'autres pathologies peuvent apparaître du fait de la consommation de cigarette électronique nicotinée ou non ». Un avis d'experts publié en février 2017 (22) conseille de ne pas décourager une femme enceinte qui voudrait remplacer le tabac par la cigarette électronique même s'il est préférable de ne rien consommer pendant la grossesse. En effet, selon eux la e-cigarette aurait un risque très inférieur à celui du tabagisme, notamment du fait de l'absence d'exposition au monoxyde de carbone.

Pour d'autres, il serait préférable de respecter le principe de précaution tant que des données supplémentaires n'ont pas dédouané des effets délétères sur la grossesse et le fœtus. De plus, l'absence de contrôles conduit à des inquiétudes concernant la sécurité d'emploi des dispositifs électroniques, notamment vis-à-vis de la batterie et de la concentration réelle en nicotine (23).

2.5. Les méthodes alternatives

D'autres méthodes sont fréquemment employées par les patients. En 2014, 3% des personnes ayant essayé (avec succès ou non) d'arrêter de fumer dans l'année avaient eu recours à des méthodes alternatives (24), ce qui représente un nombre non négligeable de patients. L'acupuncture, l'hypnose ou les méthodes d'aversion sont celles qui ont été le plus souvent étudiées. Ces méthodes pourraient aider à l'arrêt du tabac mais il n'y a pas suffisamment de données pour conclure à leur efficacité (25), (26), (27).

3. Rôle du médecin généraliste

Une revue de la littérature publiée en 2013 et portant sur 42 essais randomisés a mis en évidence que le simple conseil d'arrêter de fumer par le médecin permettait d'augmenter le

taux de sevrage à 6 mois. Dans la plupart des études, il s'agissait du conseil de médecins de soins primaires (28).

Les médecins généralistes sont de plus en plus souvent amenés à voir des femmes enceintes ou ayant un désir de grossesse. En 2010, la déclaration de grossesse avait été faite par le médecin généraliste pour 22,4% des femmes et pour 4,7% d'entre elles la personne consultée principalement au cours de la grossesse était un généraliste (4). Même s'il ne suit pas la grossesse, le médecin généraliste est fréquemment amené à recevoir en consultation des patientes enceintes ou en période pré-conceptionnelle. Il est donc au premier rang pour intervenir dans le sevrage tabagique chez la femme enceinte, qui est un domaine dans lequel il existe de nombreuses croyances erronées. En effet, pour 78,2% des femmes étant tabagiques, le « stress » provoqué par le sevrage tabagique serait plus nocif pour l'enfant qu'une consommation modérée de tabac, et pour plus de la moitié d'entre elles (53,8%), les traitements de substitution nicotinique (TNS) seraient déconseillés pendant la grossesse (29). Le rôle du médecin généraliste prend alors toute son importance pour informer et éduquer au mieux les patientes afin de favoriser le bon déroulement de leur grossesse et du développement de leur enfant à naître.

Les études chez la femme enceinte sont peu nombreuses et peu concluantes concernant le sevrage tabagique en général et l'utilisation de la cigarette électronique. En l'absence de certitude dans ce domaine, l'attitude des médecins peut dépendre également de l'idée qu'ils se font des bénéfices et risques associés aux moyens à leur disposition. Nous avons donc souhaité interroger les médecins généralistes, les gynécologues, ainsi que les sages-femmes de Midi-Pyrénées sur leur perception des risques et de l'efficacité des différents moyens de sevrage tabagique au cours de la grossesse.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale, par questionnaire. Le questionnaire est commun à une autre thèse de médecine générale qui s'est intéressée au sevrage tabagique en population générale.

1. Population

Nous avons interrogé les médecins généralistes, pneumologues et cardiologues, ainsi que les sages-femmes, gynécologues médicaux et obstétricaux installés en libéral dans l'ancienne région Midi-Pyrénées (regroupant les départements de l'Ariège, Aveyron, Gers, Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Lot, Tarn, et Tarn et Garonne). Cette thèse porte sur les réponses des médecins généralistes, des sages-femmes et des gynécologues médicaux et obstétricaux, car ce sont ceux qui sont amenés à prendre en charge des femmes avant, pendant et après leur grossesse.

2. Recueil des données

Le questionnaire se composait de deux parties (Annexe 3). La première permettait de recueillir les caractéristiques des participants : genre, âge, profession, ancienneté et milieu d'exercice, formation ou expérience en addictologie, pratiques, et statut tabagique. La seconde partie concernait leur perception de l'efficacité et des risques des différentes méthodes de sevrage tabagique. Les participants devaient classer les moyens de sevrage selon l'ordre dans lequel ils les utilisaient chez la femme enceinte. Ensuite, l'efficacité et la dangerosité étaient évaluées sur une échelle allant de 0 (très faible), à 10 (très élevée).

Afin de faciliter le recueil des données, un questionnaire informatisé a été utilisé. Cela a permis une participation simplifiée des professionnels de santé et une analyse précise des informations recueillies.

Après l'envoi de questionnaires tests visant à estimer le temps de passation et à effectuer des modifications facilitant la lisibilité et la bonne compréhension des participants, nous avons fait appel aux URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) des médecins libéraux et des sages-femmes libérales d'Occitanie pour envoyer les questionnaires à un grand échantillon de professionnels.

Le questionnaire a été adressé aux médecins par mail le mardi 25 avril 2017, avec un rappel le mercredi 10 mai 2017. Le questionnaire a été adressé séparément aux sages-femmes via leur propre URPS le 25 mars 2017, mais aucun rappel n'a pu être programmé.

Le mail adressé aux médecins (Annexe 1) comprenait une brève description de l'étude, ainsi que le lien du questionnaire accessible sur l'outil en ligne Lime Survey. Le mail adressé aux sages-femmes comprenait les mêmes éléments (Annexe 2).

3. L'analyse des données

Les données recueillies ont été analysées en utilisant le logiciel Microsoft Excel sous la forme d'une analyse descriptive. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. Les variables discrètes ont été décrites en moyenne +/- écart-type (minimum, maximum). L'efficacité et la dangerosité perçue des différents moyens de sevrage ont également été représentées sous forme graphique (moyenne, écart-type, minimum, maximum, médiane et écart inter quartile) pour faciliter la comparaison.

Des analyses bivariées ont été utilisées : des tests de Chi² pour comparer des variables qualitatives, et des tests t de Student lorsque les variables à comparer étaient qualitatives et quantitatives.

Les commentaires libres ont permis d'étayer la discussion.

Résultats

1. Réponses obtenues

Au total 146 professionnels de santé ont répondu à notre questionnaire soit un taux de participation de 5% (n=137/2735) parmi les médecins (environ 3,2% parmi les spécialistes n=13/410 et 5,3% pour les généralistes n=124/2325).

Parmi ces réponses, celles des cardiologues et des pneumologues ont été exclues, puisqu'elles ne concernaient pas l'étude présentée ici. Neuf sages-femmes ont répondu, soit un taux de réponse de 9% environ.

Les médecins généralistes (MG), sages-femmes et gynécologues totalisaient 140 réponses qui ont été analysées. La majorité des répondants étaient des médecins généralistes (123, soit 87,9% après exclusion d'un des MG n'ayant pas répondu aux questions concernant la femme enceinte). Les caractéristiques démographiques de la population étudiée sont décrites dans le tableau 1.

2. Caractéristiques de la population

Tableau 1 : Caractéristiques des professionnels de santé interrogés

	Population totale		MG	
	n=140		n=123	
Sexe, n (%)				
Femmes	88	62,9%	74	60,2%
Hommes	52	37,1%	49	39,8%
Âge, moyenne +/- écart-type				
Âge moyen	46	+/- 13	46	+/- 13
Âge minimum	24		28	
Âge maximum	84		84	
Spécialité				
Médecins généralistes	123	87,9%		
Sages-femmes	9	6,4%		
Gynécologues (médicaux et obstétriciens)	8	5,7%		

Ancienneté d'exercice

Moins de 5 ans	31	22,1%	30	24,4%
5 à 10 ans	34	24,3%	31	25,2%
10 à 20 ans	21	15,0%	17	13,8%
Plus de 20 ans	54	38,6%	45	36,6%

Lieu d'exercice

Moins de 2000 habitants	25	17,9%	21	17,1%
2000 – 10000 habitants	42	30,0%	40	32,5%
Plus de 10000 habitants	73	52,1%	62	50,4%

Statut tabagique

Non-fumeur	89	63,6%	78	63,4%
Ancien fumeur	45	32,1%	40	32,5%
Fumeur actif	6	4,3%	5	4,1%

La plupart des professionnels n'avaient pas d'expérience particulière ni de formation en addictologie ou en tabacologie. Le tableau 2 précise les différents types d'expérience que les répondants ont déclaré.

Tableau 2 : Expérience ou formation en addictologie et/ou en tabacologie des professionnels interrogés

	n	%
Aucune expérience ou formation	91	65,0%
Formation continue	39	27,9%
DU/DIU	5	3,6%
Capacité	2	1,4%
Appartenance à un réseau d'addictologie	8	5,7%
Autre	7	5,0%
Hypnose	2	1,4%
TCC	3	2,1%
Autodidacte	1	0,7%
Consultations d'addictologie pour femmes enceintes	1	0,7%

Concernant le type de pratique des professionnels interrogés, 45,7% (n= 64) suivaient des grossesses régulièrement (entre plus d'une fois par mois et plus d'une fois par jour), 30,0% (n=42) effectuaient des consultations pré-conceptionnelles régulièrement, 53,4% (n=76) des consultations chez des femmes enceintes pour d'autres motifs que leur grossesse, et 10,7 % (n=15) font régulièrement des consultations dédiées au sevrage tabagique chez la femme enceinte. Leurs pratiques sont décrites plus précisément dans le tableau 3.

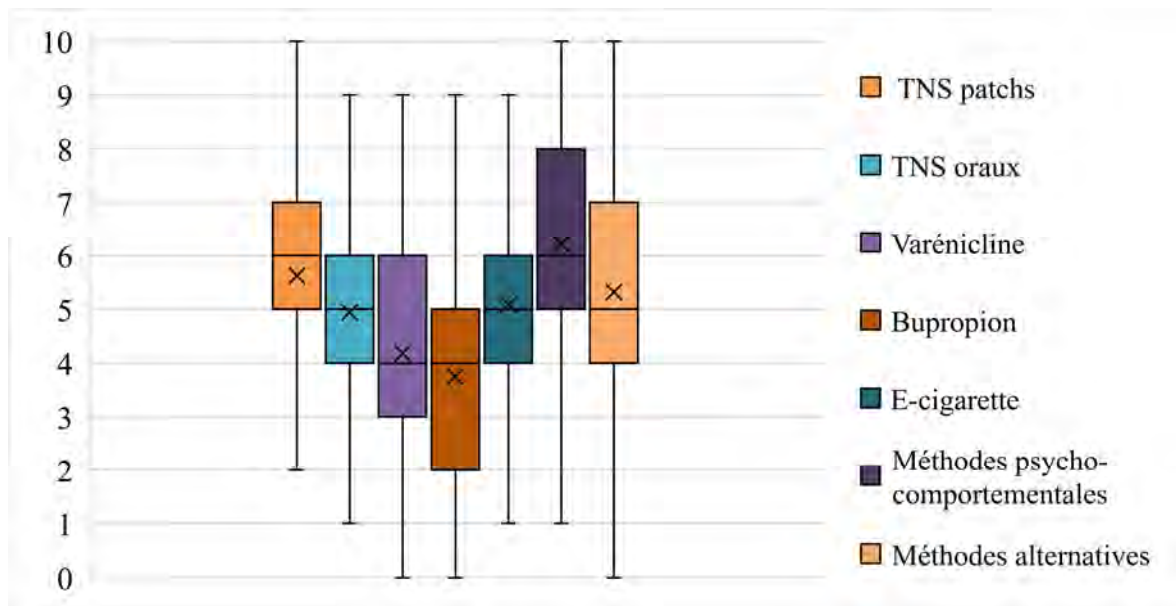
Tableau 3 : Fréquence des actes pratiqués par les professionnels

	Jamais		Moins d'une fois par mois		Plus d'une fois par mois		Plus d'une fois par semaine		Plus d'une fois par jour	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Suivi de grossesse	22	15,7	54	38,6	40	28,6	16	11,4	8	5,7
Consultation pré-conceptionnelle	24	17,1	74	52,9	31	22,1	7	5,0	4	2,9
Consultations autres chez la femme enceinte	5	3,6	31	22,1	74	52,9	25	17,9	5	3,6
Consultation de sevrage tabagique en population générale	17	12,1	47	33,6	52	37,1	22	15,7	2	1,4
Consultation de sevrage tabagique chez la femme enceinte	59	42,1	66	47,1	11	7,9	4	2,9	0	0,0

3. Efficacité

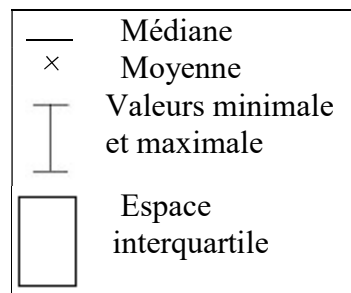
L'efficacité moyenne des méthodes recommandées estimée par les participants à notre étude était de 6,2/10 pour les approches psycho-comportementales, de 5,6/10 et 4,9/10 pour les substituts nicotiniques, respectivement sous forme transdermique et sous forme orale. L'efficacité des méthodes alternatives était évaluée à 5,3/10 en moyenne.

Le graphique 2 montre la médiane des notes attribuées pour l'efficacité de chaque méthode de sevrage individuellement, ainsi que leur distribution.



Graphique 1 : Évaluation de l'efficacité des méthodes de sevrage tabagique sur une échelle de 0 à 10.

Légende :



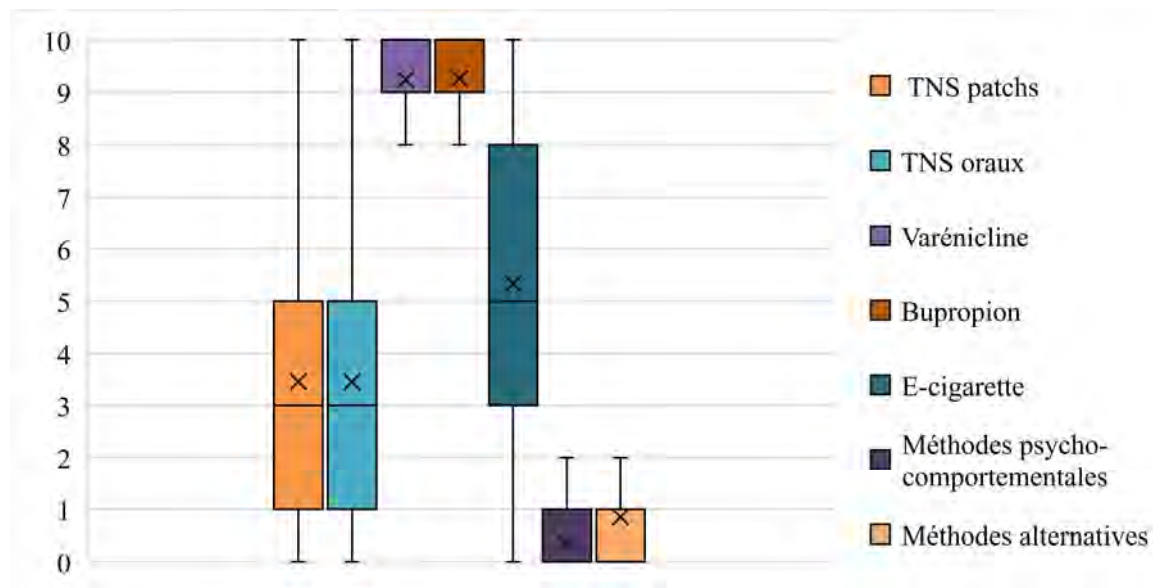
La moyenne de l'efficacité des TNS oraux chez la femme enceinte estimée par les non-fumeurs était significativement plus élevée que la moyenne évaluée par les anciens fumeurs et les fumeurs actifs : respectivement 5,2/10 et 4,5/10 soit une différence de 0,7/10, IC95% [-1.4305 ; -0.1169], $p = 0,02$. Aucune différence statistiquement significative entre les fumeurs (ou anciens fumeurs) et les non-fumeurs pour la moyenne des notes d'efficacité des autres méthodes de sevrage n'a été mise en évidence.

Nous avons également comparé les réponses des participants selon leur degré de formation en tabacologie ou en addictologie. La moyenne des notes d'efficacité du Bupropion évaluées par les professionnels avec une formation était significativement plus basse que celle des notes attribuées au Bupropion par les participants n'ayant pas de formation ou expérience particulière dans le domaine : respectivement 3,2 et 4,0/10, soit une différence de 0,8/10, IC95% [-1.6108 ; -0.0061], $p=0,048$.

4. Risques

Le risque des méthodes de sevrage tabagique recommandées était estimé en moyenne à 0,4/10 pour les approches psycho-comportementales, et à 3,5/10 pour les substituts nicotiques sous forme transdermique et orale. La dangerosité des méthodes alternatives était évaluée à 0,9/10 en moyenne.

Le graphique 3 décrit plus précisément la médiane et la distribution des notes de dangerosité attribuées par les participants aux différentes méthodes de sevrage.



Graphique 2 : Évaluation de la dangerosité des méthodes de sevrage tabagique chez la femme enceinte, sur une échelle de 0 à 10.

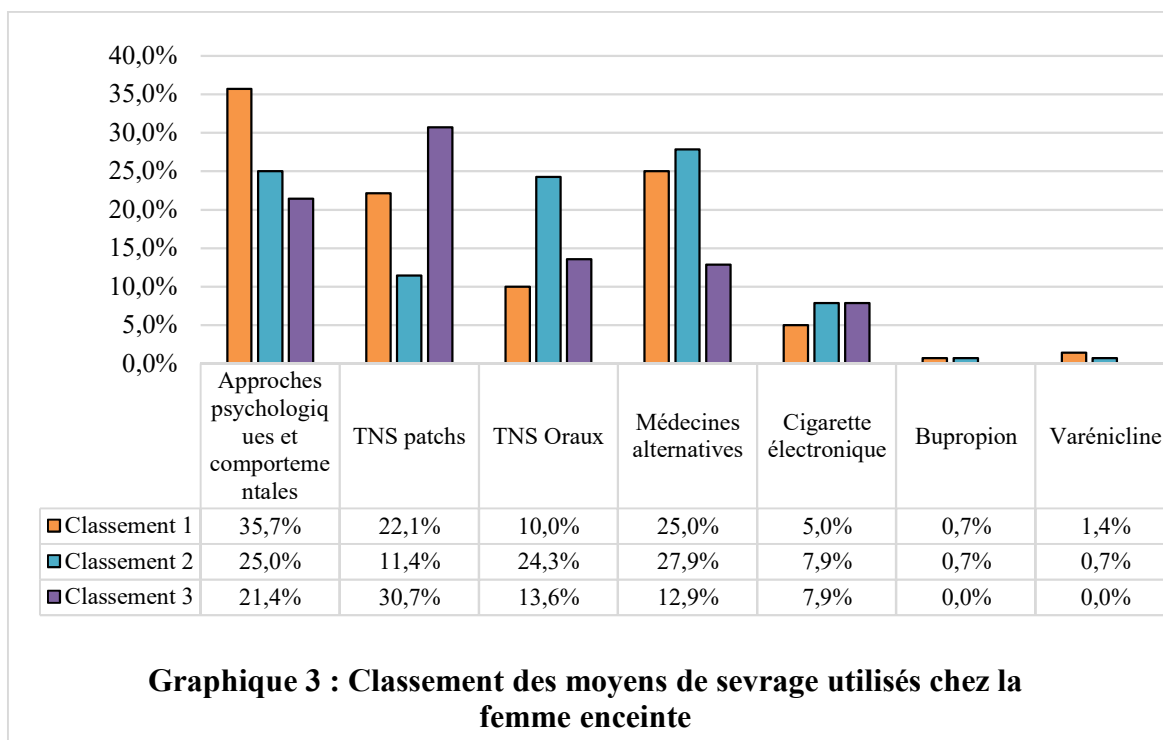
Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les réponses des fumeurs (ou anciens fumeurs) et celles des non-fumeurs pour la note moyenne attribuée à la dangerosité des moyens de sevrage. De même, nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les réponses des professionnels ayant ou non une formation ou une expérience particulière en addictologie ou en tabacologie.

5. Classification des moyens utilisés chez la femme enceinte

Les approches psycho-comportementales ont été classées par 82,1% (n=115) des professionnels interrogés en première, deuxième ou troisième position dans le classement des moyens de sevrage tabagique qu'ils utilisent chez la femme enceinte. Les TNS transdermiques (patches) et oraux ont été respectivement classés dans les 3 premières

positions par 64,3% (n=90) et 47,9 % (n=67) des professionnels. Les médecines alternatives ont été classées en première à troisième position par 65,7% des répondants (n=92). Enfin, la cigarette électronique l'a été par 20,7% (n=29) des professionnels.

Le graphique 1 précise pour chaque méthode de sevrage le pourcentage de classement en position 1, 2 ou 3.



Notre questionnaire donnait la possibilité de ne classer que certaines méthodes. Le tableau 4 montre le nombre de répondants qui ont classé chaque moyen, indépendamment de sa position dans le classement.

Tableau 4 : Inclusion dans le classement de chaque type de méthodes.

	%	n
Approches psychologiques et comportementales	95,0%	133
Médecines alternatives	87,1%	122
TNS patchs	83,6%	117
TNS oraux	76,4%	107
Cigarette électronique	52,1%	73
Varénicline (Champix°)	35,0%	49
Bupropion (Zyban°)	34,3%	48

6. Médecins généralistes

Nous avons analysé les réponses des médecins généralistes indépendamment de celles des autres professionnels interrogés dans notre étude. Au vu de la proportion de chaque profession, les résultats étaient quasiment identiques à ceux de la totalité de notre échantillon. C'est pourquoi nous ne les avons pas exposés ici.

7. Commentaires libres

Nous avons laissé la possibilité aux participants de nous faire parvenir leurs remarques éventuelles. Il en est ressorti des notions intéressantes :

Parmi les sages-femmes, 4/9 ont fait remarquer que n'utilisant pas le Bupropion et la Varénicline, il avait été difficile pour elles de répondre aux questions en relation avec ces médicaments. Cinq médecins sur 131 ont également signalé qu'ils trouvaient difficile de classer et noter ces substances chez la femme enceinte.

Au moins 3 participants (2,1%) ont souhaité insister sur la possibilité de rediriger les patientes vers des spécialistes (les tabacologues et les sages-femmes spécialisées ont notamment été cités).

Quatre professionnels (2,9%) ont mentionné qu'ils utilisaient souvent l'association de différentes approches, ou que c'était un moyen plus efficace pour parvenir au sevrage, mais que le questionnaire ne permettait pas d'en tenir compte.

La nécessité de prendre en charge les autres addictions en parallèle a été évoquée par l'un des participants.

Un participant a souligné le fait que l'efficacité des moyens de sevrage dépend aussi et surtout de la motivation à l'arrêt des patients.

Un autre a cité un exemple de cas clinique « une patiente de 35 ans a été maintenue par son gynécologue à 3 cigarettes par jour (stress, nervosité) et toute la grossesse et le nouveau-né ok ».

Une remarque a été faite sur le fait que nous ayons classé dans la même catégorie « médecines alternatives » les méthodes très différentes que sont l'acupuncture, l'hypnose, l'homéopathie et la phytothérapie

Discussion

1. Résultats principaux

Dans notre étude, les professionnels considéraient que les moyens les plus efficaces pour le sevrage tabagique pendant la grossesse étaient les méthodes psycho-comportementales (médiane de 6/10, avec une dispersion vers des valeurs supérieures) et les TNS en patches (médiane à 6/10 également, avec une dispersion symétrique). Venaient ensuite les méthodes alternatives (avec une médiane à 5/10 et une dispersion vers des valeurs supérieures) et les TNS oraux et la cigarette électronique dont l'efficacité était estimée être la même (médiane à 5/10 avec une dispersion symétrique). L'efficacité du Bupropion et de la Varénicline était jugée moins bonne, avec une médiane à 4/10 et une dispersion respectivement vers des valeurs supérieures et inférieures.

La Varénicline et le Bupropion étaient jugés très dangereux chez la femme enceinte avec une médiane correspondant à la valeur maximale (10/10, dispersion de 9 à 10, identiques pour les deux produits). Ensuite, la cigarette électronique avait une dangerosité évaluée moyenne (médiane à 5/10, avec une tendance à la dispersion vers des valeurs supérieures). Le risque associé aux TNS, quelle que soit la forme utilisée, était estimé faible (médiane à 3/10 et dispersion identique de 1 à 5/10). Enfin, les méthodes psycho-comportementales et les médecines alternatives étaient jugées très sûres, avec une note médiane et une dispersion identiques à 0/10 (0-1).

Les faibles effectifs de gynécologues et de sages-femmes ayant participé à notre étude ne nous ont malheureusement pas permis de comparer leurs perceptions avec celles des médecins généralistes. Une thèse de médecine générale soutenue en 2010 avait montré que les médecins généralistes sont 2 fois plus sceptiques que leurs confrères spécialistes quant à l'innocuité totale des TNS au cours de la grossesse (27% des MG vs 51% des gynécologues-obstétriciens (GO), $p < 0,01$) (33). Dans cette étude, 61% des MG et 64% des GO pensaient que le TNS avait un rapport bénéfice-risque positif chez la femme enceinte.

On peut constater que dans notre étude les moyens perçus comme les plus dangereux (Bupropion et Varénicline) étaient considérés comme les moins efficaces. Ces molécules pourraient être efficaces en population générale, mais les études actuelles ne permettent pas de conclure sur leur efficacité ni sur leur innocuité chez la femme enceinte (14). Les risques potentiels semblent influencer la perception de l'efficacité des outils du sevrage tabagique chez la femme enceinte.

La dangerosité perçue des méthodes de sevrage tabagique chez la femme enceinte est superposable à celle retrouvée en population générale (34). Pourtant, en dehors de la grossesse la majorité des médecins utilise en première intention les TNS en patches, bien qu'ils les considèrent moins efficaces et plus dangereux que les méthodes psycho-comportementales. Il est cependant rassurant de constater que pendant la grossesse, les professionnels proposent en premier lieu les méthodes qu'ils jugent les moins dangereuses. Dans une étude grecque publiée en mai 2016, 17,1% des médecins et infirmiers considéraient que les traitements nicotiniques substitutifs étaient au moins aussi dangereux que le fait de fumer (35).

Au Royaume-Uni en 2010, 31,1% des médecins spécialisés dans le sevrage tabagique pensaient que l'utilisation de substituts nicotiniques parallèlement à la poursuite du tabagisme était délétère pour la santé, et 16,1% d'entre eux considéraient que leur utilisation pour une durée prolongée de plus d'un an était délétère pour la santé (36).

Nous n'avons pas à ce jour retrouvé de publication ayant étudié les perceptions des professionnels de santé sur l'utilisation des TNS au cours de la grossesse.

Une revue de la littérature actualisée en 2015 (13) s'est intéressée aux essais contrôlés randomisés comparant l'utilisation des différents traitements d'aide au sevrage tabagique (substituts nicotiniques, buprobion, varénicline, autres thérapeutiques et e-cigarette) chez les femmes enceintes. La revue a porté sur 9 essais incluant un total de 2210 femmes enceintes. Aucune de ces études n'étudiait l'effet de l'e-cigarette ni de la varénicline. Une seule concernait le bupropion, et n'incluait que 11 femmes. Les huit études comparant l'utilisation de substituts nicotiniques et celle de placebo ou d'autres techniques ont retrouvé un effet statistiquement significatif des substituts nicotiniques (RR 1.41, IC 95% 1.03 à 1.93, 8

études, 2199 femmes). Cependant, l'analyse des études comparant les substituts nicotiniques au placebo uniquement n'a pas permis de conclure quant à leur efficacité (RR 1.28, IC 95% 0.99 à 1.66, 5 études, 1926 femmes).

Les revues de la littérature existantes ne retrouvent pas de différence statistiquement significative entre les substituts nicotiniques et les groupes contrôle en ce qui concerne les complications (taux de fausse-couches précoces ou tardives, de prématurité, poids de naissance, admissions en soins intensifs de néonatalogie, taux de césariennes, anomalies congénitales ou décès néonatal). Cependant, les études sont peu nombreuses et leur puissance est insuffisante pour conclure à l'existence de rares complications de façon statistiquement significative (37).

Dans notre travail, la cigarette électronique avait une efficacité et une dangerosité perçues comme moyennes. Cela pourrait être lié au manque de certitudes sur son utilisation chez la femme enceinte comme en population générale. La e-cigarette est généralement perçue par les femmes comme étant moins nocive pour la santé que les cigarettes classiques (38), y compris pendant la grossesse. L'étude grecque retrouvait que 24,4% des médecins et infirmiers considéraient que la cigarette électronique était aussi nocive, ou plus nocive que le fait de fumer (dans la population générale) (35).

Dans une étude conduite en 2012 aux Etats-Unis (39), 29% des 252 gynécologues-obstétriciens interrogés trouvaient l'e-cigarette plus sûre que la cigarette conventionnelle pendant la grossesse bien qu'elle ait des effets sur la santé ; 13,5% considéraient que cigarettes et e-cigarettes avaient des effets similaires sur la santé et 13,5 % pensaient que les cigarettes électroniques n'avaient pas de conséquence sur la santé.

Or on sait que la nicotine traverse le placenta pour se lier aux récepteurs nicotiniques du fœtus, qui régulent notamment la maturation cérébrale et son effet sur le développement fœtal, étudié sur des modèles animaux, comprend des effets délétères sur le développement neurologique et pulmonaire (40).

Les e-cigarettes délivrent également une quantité importante de particules fines, qui peuvent être à l'origine d'un risque augmenté de pathologies cardiovasculaires et respiratoires. De plus, l'inhalation de certains additifs de goût, tels que le diacétyl, sont un facteur de risque connu de pathologies respiratoires (23).

Par ailleurs, la cigarette électronique serait moins efficace pour le sevrage tabagique que les moyens recommandés actuellement (association de TNS et d'une prise en charge comportementale), selon une méta-analyse réalisée en 2014 (41). Une étude en population générale a récemment montré que son usage pourrait au contraire diminuer les chances de sortie du tabagisme de 28 % (42).

Notre étude montre que chez la femme enceinte, les moyens utilisés le plus fréquemment en première intention par les professionnels de santé pour le sevrage tabagique sont, dans l'ordre : les méthodes psycho-comportementales, les médecines alternatives, et les TNS sous forme de patchs. En deuxième intention, ils proposent le plus fréquemment, dans l'ordre : les médecines alternatives, les méthodes psycho-comportementales, et les TNS sous forme orale.

Ceci souligne qu'une grande partie des professionnels interrogés appliquent les recommandations concernant l'utilisation en première intention des techniques psycho-comportementales.

On note aussi l'importance accordée aux méthodes regroupées sous le nom de « médecines alternatives » dans notre étude. Elles sont proposées avant les substituts nicotiques qui sont pourtant recommandés en deuxième intention dans le sevrage tabagique pendant la grossesse. Nous n'avons pas à ce jour trouvé d'étude dans la littérature qui s'est intéressée à la place des médecines alternatives en général dans le sevrage tabagique chez la femme enceinte par rapport aux autres méthodes.

La majorité des répondants à notre enquête n'avait pas de formation ni d'expérience particulière en tabacologie ou addictologie. Pourtant beaucoup réalisaient régulièrement (plus d'une fois par mois) des consultations dédiées au sevrage tabagique en population générale (54,2%, n=76). Ceux qui faisaient régulièrement des consultations de sevrage du tabac chez les femmes enceintes étaient beaucoup moins nombreux (10,7%, n=15), reflétant probablement une certaine prudence dans ce cas de figure.

2. Les forces et les faiblesses de notre étude

Une des forces de notre étude est la population interrogée, peu représentée dans la littérature. Nous avons en effet voulu interroger spécifiquement les professionnels libéraux et notamment les médecins généralistes. Ils peuvent commencer une prise en charge avec des moyens adaptés à la pratique ambulatoire : conseil minimal, entretien motivationnel, psychothérapie de soutien par exemple, mais aussi bien sûr prescription de traitements nicotiniques substitutifs. Or la plupart des études que nous avons trouvées concernent des professionnels spécialisés dans le sevrage tabagique (en général des infirmiers ou des médecins).

Ensuite, notre étude s'intéresse au sevrage tabagique chez la femme enceinte. Les études concernant cette population sont peu nombreuses car la grossesse est un facteur d'exclusion dans de nombreux essais cliniques. Pourtant, une bonne prise en charge est essentielle à ce moment où les conséquences du tabagisme vont au-delà de la seule patiente.

Enfin, nous nous sommes intéressés aux perceptions des professionnels concernant les différents moyens de sevrage. Ces perceptions régissent leurs pratiques. Elles sont souvent influencées par les recommandations officielles, mais aussi par d'autres facteurs, que nous n'avons pas pu étudier ici. Par exemple un des participants à l'étude a mentionné en commentaire le cas d'une de ses patientes ayant continué à fumer 3 cigarettes par jour sur les conseils de son gynécologue, sans conséquence visible sur son enfant. Cela suggère que les pratiques pourraient être influencées par des cas isolés, au détriment des données scientifiques sur le sujet.

Notre étude présente plusieurs limites.

Tout d'abord, le faible taux de participation des médecins généralistes et des gynécologues. Pour parer à cette éventualité, nous avons programmé une relance qui a malheureusement été insuffisante. L'utilisation de la base de données de l'URPS ne nous a pas permis de programmer une deuxième relance du fait de leur organisation interne. Les médecins sont très sollicités par ce type d'étude et le taux de réponse est de plus en plus faible. Nous avons fait le choix de nous adresser à un large nombre de professionnels sans cibler davantage (par exemple seulement les médecins suivant des grossesses, ou ayant une formation particulière

en tabacologie), car nous souhaitions avoir une vision d'ensemble des perceptions des professionnels de santé sur le sujet. Nous avons voulu étudier le point de vue de différents professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes fumeuses. Mais le faible taux de réponse et la proportion des sages-femmes et des gynécologues par rapport aux médecins généralistes ne nous a pas permis de les comparer. Cela aurait pu mettre en lumière les différences de prise en charge qui nous conduisent parfois à délivrer des messages contradictoires aux patientes. Des études plus larges seraient intéressantes car l'examen de ces différences pourrait à terme mener à une harmonisation de nos pratiques pour une prise en charge optimale.

Ensuite, nous avons exclu les professionnels hospitaliers ou travaillant en clinique, donc une partie de ceux qui suivent les grossesses. Ce choix reste cohérent avec notre objectif d'analyser les points de vue des acteurs de soins premiers, mais nous ne prenons donc pas en compte une partie des professionnels impliqués dans la prise en charge de la femme enceinte.

De plus, les répondants n'avaient pas la possibilité, lors du classement de l'utilisation des moyens du sevrage, d'inclure le fait d'adresser la patiente à un confrère. Or c'est une pratique fréquente que de référer les patientes à des confrères mieux formés au sevrage tabagique. Même s'il est nécessaire de se tenir informé afin que le discours tenu initialement soit cohérent avec le reste de la prise en charge, le réseau de soins est essentiel.

Les professionnels ayant répondu à notre questionnaire étaient majoritairement des femmes. Parmi les médecins généralistes, le sex ratio était globalement inversé par rapport à l'ensemble des médecins généralistes français (60,2% de femmes, versus 46 % à l'échelle nationale en janvier 2016). Les généralistes ayant répondu étaient également plus jeunes que la moyenne nationale (âge moyen de 46 ans dans notre étude, moyenne nationale : 52 ans) (30). La majorité exerçait depuis plus de 10 ans (53,6%, n=75), et en milieu urbain (plus de 10000 habitants : 52,1%, n= 73).

D'autre part, très peu de professionnels ont déclaré être fumeurs (4,3%, n=6). Ce taux est largement inférieur aux taux retrouvés dans d'autres études, bien que celles-ci soient plus anciennes : le dernier baromètre santé des médecins et pharmaciens s'étant intéressé à leur statut tabagique date de 2003, il mettait en évidence un taux de fumeurs de 28,8% (31). Une étude portant sur 332 médecins généralistes en 2008 retrouvait un taux de tabagiques actifs de 18,3% (32). En revanche, dans notre étude, beaucoup de répondants se sont déclarés anciens fumeurs ((32,1%, n=45). On pourrait penser que le taux de fumeurs actifs est sous-estimé dans notre travail du fait du caractère déclaratif de cette information et du biais de désirabilité sociale, phénomène qui était suspecté également pour les résultats du dernier baromètre santé (31). On peut également avancer l'hypothèse que les professionnels les plus intéressés par le sevrage tabagique sont les non-fumeurs et les tabagiques sevrés. Cependant nous n'avons pas trouvé d'étude récente concernant le taux de tabagisme chez les professionnels de santé, alors que l'on sait que le taux de fumeurs en Europe a globalement tendance à diminuer (18).

Par ailleurs, nous avons choisi d'étudier la perception de chaque moyen de sevrage individuellement, alors que l'association de plusieurs moyens est souvent employée : lorsque des TNS sont prescrits par exemple, le soutien psychologique et la prise en charge comportementales sont poursuivis et permettraient une meilleure efficacité. La méta analyse de Stead & al, publiée en mars 2016, a en effet montré qu'en population générale l'association de pharmacothérapies et de soutien comportemental (bref conseil ou soutien psychologique) augmente le taux de sevrage tabagique comparativement aux patients recevant les traitements habituels, ou recevant un bref conseil ou un suivi psychologique moins intensif (43).

Une autre limite de cette étude pourrait être le fait que nous ayons regroupé les méthodes psycho-comportementales en un seul libellé. Cela a pu être un biais à l'évaluation de leur efficacité et de leur dangerosité. Nous avons fait ce choix car aucune de ces méthodes n'a démontré sa supériorité par rapport à une autre (12), et elles peuvent être employées en association. Il serait cependant intéressant d'étudier les perceptions des professionnels sur les différents types de techniques individuellement car elles ne sont pas toutes utilisées de la même façon par les praticiens.

Une revue systématique de la littérature publiée en 2016 s'est intéressée à l'utilisation en pratique des méthodes comportementales selon la technique des « 5A » (Ask, Advise, Assess, Assist, and Arrange) par les médecins en soins premiers (majoritairement les médecins généralistes) (44) : 65% demandaient le statut tabagique de leurs patients, 63% conseillaient le sevrage tabagique. En revanche seuls 36% évaluaient la motivation à l'arrêt, 44% aidaient au sevrage et 22% mettaient en place un suivi. Une étude australienne a montré que les médecins généralistes et gynécologues obstétriciens prenaient peu en charge le sevrage tabagique de leurs patientes enceintes selon la méthode de référence des « 5A »(45). Leur performance dans ce domaine était majoritairement liée à des facteurs « internes » tels que leur confiance dans les techniques de counseling et leur optimisme. D'où l'importance pour les médecins généralistes d'être informés sur ces techniques, ou mieux, formés à les pratiquer.

Nous avons également rassemblé dans l'intitulé « médecines alternatives » plusieurs méthodes très différentes, avec une description pour aider les répondants : « Par exemple l'acupuncture, l'hypnose, les méthodes d'aversion, ou encore l'homéopathie ou la phytothérapie ». Cela a pu fausser les notes attribuées à l'efficacité et la dangerosité ressenties. En effet ces méthodes ont notamment des dangerosités très différentes. Pour la HAS, l'acupuncture et l'hypnothérapie ne sont pas contre-indiquées dans le sevrage tabagique car elles n'ont pas à ce jour montré d'effets néfastes majeurs et peuvent avoir un effet placebo non négligeable (6). Il convient d'informer les patients de l'absence de preuves de l'efficacité de ces méthodes dans le sevrage tabagique et de maintenir un accompagnement pour encourager l'arrêt du tabac. Les méthodes aversives, quant à elles, consistent par exemple à exposer le patient à une très grande quantité de fumée sur une courte période. Elles sont à proscrire en population générale comme chez la femme enceinte du fait de leurs effets indésirables avérés.

3. Perspectives de recherche

Les études sur le sevrage tabagique pendant la grossesse manquent du fait de la spécificité de cette population. Les méthodes psycho-comportementales notamment, indiquées en première intention, pourraient être étudiées individuellement et comparées, afin que des recommandations claires pour les praticiens puissent être établies.

La formation à ces techniques devrait concerner tous les médecins car les effets du tabagisme ne se limitent évidemment pas aux femmes enceintes, mais concernent toutes les spécialités médicales.

Les données sur la place de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique pendant la grossesse sont à ce jour trop peu nombreuses pour pouvoir la conseiller.

Les méthodes alternatives mériteraient également de plus amples études quant à leur efficacité et leurs risques, notamment chez la femme enceinte. Il est essentiel que les professionnels de santé puissent guider au mieux leurs patientes dans leur démarche d'arrêt du tabac en se basant sur des données validées.

Conclusion

Le tabagisme pendant la grossesse est source de complications obstétricales et d'effets délétères sur le développement du fœtus ainsi que sur la santé de l'enfant après la naissance. Pour prévenir ces complications, les professionnels de santé jouent un rôle primordial dans le repérage, l'information et l'aide au sevrage tabagique. Le médecin généraliste est notamment au cœur de cette démarche puisqu'il reçoit régulièrement des couples en âge de procréer, des femmes découvrant leur grossesse, et des femmes enceintes pour leur suivi ou pour d'autres motifs. Il existe peu de certitudes concernant la sécurité d'emploi et l'efficacité des méthodes de sevrage tabagique au cours de la grossesse.

Les méthodes psycho-comportementales sont l'outil principal, mais il n'y a pas de preuve établie de la supériorité d'une technique par rapport à l'autre. En cas d'échec, les traitements nicotiniques sont recommandés en seconde intention, bien qu'aucune étude n'ait pu à ce jour clairement déterminer leur efficacité ni les risques liés à leur utilisation au cours de la grossesse. La communauté scientifique est divisée sur le sujet de la cigarette électronique en population générale, et celle-ci est peu étudiée chez la femme enceinte. Les médecines alternatives sont beaucoup utilisées par les patients pour arrêter de fumer, mais elles sont peu étudiées individuellement, et leur innocuité pendant la grossesse n'a pas non plus été démontrée.

C'est pourquoi nous avons interrogé les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes sur leurs perceptions de l'efficacité et de la dangerosité des différentes méthodes de sevrage tabagique pendant la grossesse.

Dans notre étude, la varénicline et le bupropion étaient jugés les plus dangereux et les moins efficaces et n'étaient souvent pas inclus dans la classification des outils proposés pour le sevrage tabagique. La perception de l'utilisation de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique pendant la grossesse était plus mitigée, avec une efficacité et une dangerosité considérées comme moyennes. Elle était proposée pour le sevrage des femmes enceintes par la moitié des professionnels. Les professionnels de santé proposaient en première intention les méthodes psycho-comportementales, les médecines alternatives ou les traitements nicotiniques substitutifs en patchs pour aider leurs patientes enceintes à se sevrer du tabac. Cela correspond aux outils qu'ils considéraient comme les plus efficaces et les moins dangereux.

VU
Toulouse le 29 AOÛT 2017


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ

Toulouse, le 29/08/2017
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE


Références bibliographiques

1. OMS. Recommandations de l'OMS pour la prévention et la prise en charge de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée secondaire pendant la grossesse – Version abrégée. OMS, Genève, 2014.
2. McEvoy CT, Spindel ER. Pulmonary Effects of Maternal Smoking on the Fetus and Child: Effects on Lung Development, Respiratory Morbidities, and Life Long Lung Health. *Paediatr Respir Rev*. 19 août 2016;
3. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Premiers résultats tabac et e-cigarette. Caractéristiques et évolutions récentes. Résultats du Baromètre santé INPES 2014. p. 10.
4. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010: les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011 Mai p. 132.
5. Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby A-C, Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 25 juin 2014;14:213.
6. Bricard D, Legleye S, Khlat M. Changes in Smoking Behavior over Family Transitions: Evidence for Anticipation and Adaptation Effects. *Int J Environ Res Public Health*. 7 juin 2017;14(6).
7. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées : recommandations professionnelles. 2016.
8. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. 2014 oct.
9. Michigan Quality Improvement Consortium Guideline : Tobacco Control. 2015 sept.
10. U.S. Preventive Services Task Force. Counseling and Interventions to Prevent Tobacco Use and Tobacco- Caused Disease in Adults and Pregnant Women. *Clinical Guidelines*. *Ann Intern Med*. 2009;(150):551-5.
11. ANAES. Conférence de consensus : Grossesse et tabac [Internet]. 2004 [cité 20 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_court.pdf
12. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2017.
13. Coleman T, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2015.

14. Leung LWS, Davies GA. Smoking Cessation Strategies in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstétrique Gynécologie Can JOGC*. sept 2015;37(9):791-7.
15. Brose LS, McEwen A, West R. Association between nicotine replacement therapy use in pregnancy and smoking cessation. *Drug Alcohol Depend*. 1 oct 2013;132(3):660-4.
16. Base de données publique des médicaments. Résumé des caractéristiques du produit - ZYBAN L.P. 150 mg.
17. Base de données publique des médicaments. Résumé des Caractéristiques du Produit. Champix 0,5mg.
18. Commission Européenne. Eurobarometer 458 « Attitudes of europeans towards tobacco and electronic cigarettes ». 2017 mars p. 205.
10. Office Français de prévention du Tabagisme. Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette [Internet].2013 mai p. 212. Disponible sur: http://splf.fr/wp-content/uploads/2014/08/Rapport_e-cigarette-2013.pdf
20. Callahan-Lyon P. Electronic cigarettes: human health effects. *Tob Control*. 5 janv 2014;23(suppl 2):ii36-ii40.
21. Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA. Avis du 22 février 2016 relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 février p. 26p.
22. Dautzenberg B, Adler M, Garelik D, Loubrieu JF, Mathern G, Peiffer G, et al. Practical guidelines on e-cigarettes for practitioners and others health professionals. A French 2016 expert's statement. *Rev Mal Respir*. févr 2017;34(2):155-64.
23. Meernik C, Goldstein AO. Should Clinicians Recommend E-cigarettes to Their Patients Who Smoke? No. *Ann Fam Med*. juill 2016;14(4):302-3.
24. Commission Européenne. Eurobarometer 429 « Attitudes of europeans towards tobacco and electronic cigarettes ». 2015 mai p. 214.
25. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD000009.
26. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(10):CD001008.
27. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative smoking cessation aids: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med*. juin 2012;125(6):576-84.
28. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 mai 2013;(5):CD000165.

29. DUMAS A. Tabac, grossesse et allaitement : exposition, connaissances et perceptions des risques. Numéro Thématique Journ Mond Tab. mai 2015;(17-18):301-7.
30. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au premier janvier 2016. [Internet]. Paris; 2016. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
31. Gautier D. Baromètre santé médecins-pharmaciens en 2003. Paris: INPES; 2005.
32. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. [Influence of smoking among family physicians on their practice of giving minimal smoking cessation advice in 2008. A survey of 332 general practitioners in Maine-et-Loire]. Rev Mal Respir. mai 2010;27(5):431-40.
33. Nguyen Huu Thinh R. Prise en charge du sevrage tabagique des femmes enceintes en Seine-Saint-Denis: enquête auprès des médecins généralistes et des gynécologues-obstétriciens [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2010.
34. Navarro. Evaluation de l'efficacité et du risque des outils du sevrage tabagique par les médecins de Midi Pyrénées [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France]; 2017.
35. Moysidou A, Farsalinos KE, Voudris V, Merakou K, Kourea K, Barbouni A. Knowledge and Perceptions about Nicotine, Nicotine Replacement Therapies and Electronic Cigarettes among Healthcare Professionals in Greece. Int J Environ Res Public Health. 2016;13(5).
36. Beard E, McDermott M, McEwen A, West R. Beliefs of stop smoking practitioners in United Kingdom on the use of nicotine replacement therapy for smoking reduction. Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob. juin 2012;14(6):639-47.
37. Patnode CD, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015.
38. Baeza-Loya S, Viswanath H, Carter A, Molfese DL, Velasquez KM, Baldwin PR, et al. Perceptions about e-cigarette safety may lead to e-smoking during pregnancy. Bull Menninger Clin. 2014;78(3):243-52.
39. England LJ, Anderson BL, Tong VTK, Mahoney J, Coleman-Cowger VH, Melstrom P, et al. Screening practices and attitudes of obstetricians-gynecologists toward new and emerging tobacco products. Am J Obstet Gynecol. déc 2014;211(6):695.e1-7.
40. England LJ, Bunnell RE, Pechacek TF, Tong VT, McAfee TA. Nicotine and the Developing Human: A Neglected Element in the Electronic Cigarette Debate. Am J Prev Med. août 2015;49(2):286-93.
41. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. Circulation. 13 mai 2014;129(19):1972-86.

42. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med*. févr 2016;4(2):116-28.
43. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [cité 29 juill 2017]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008286.pub3/abstract>
44. Bartsch A-L, Härter M, Niedrich J, Brütt AL, Buchholz A. A Systematic Literature Review of Self-Reported Smoking Cessation Counseling by Primary Care Physicians. *PloS One*. 2016;11(12):e0168482.
45. Zeev YB, Bonevski B, Twyman L, Watt K, Atkins L, Palazzi K, et al. Opportunities Missed: A Cross-Sectional Survey of the Provision of Smoking Cessation Care to Pregnant Women by Australian General Practitioners and Obstetricians. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. 1 mai 2017;19(5):636-41.

Annexe 1 : E-mail accompagnant le questionnaire (Médecins)

Objet du mail :

Thèse de médecine générale / Votre vision des outils du sevrage tabagique

Texte du mail :

Chères consœurs et chers confrères,

Nous sommes deux jeunes médecins généralistes et nous réalisons nos thèses sur le sevrage tabagique en population générale et chez la femme enceinte sous la direction du Dr Julie Dupouy.

Le tabac est la première cause de mortalité évitable avant 65 ans. Les conséquences du tabagisme maternel sur le fœtus sont majeures et malgré tout 17 % des femmes enceintes continuent à fumer.

Vous pouvez contribuer à ce que l'on connaisse mieux la vision des outils du sevrage par les professionnels de santé !

Merci de nous accorder **moins de 5 minutes** afin nous permettre de mieux cerner **votre vision** de l'efficacité et des risques des outils de sevrage dans la population générale et chez la femme enceinte.

Répondez à notre questionnaire en ligne entièrement **anonymisé** en suivant le lien ci-dessous :

<http://theseecigarette.limequery.com/337335?lang=fr>

Afin d'exploiter au mieux les données veuillez à répondre aux **13 questions** posées car seules les réponses complètes pourront être analysées.

Si vous souhaitez ensuite connaître les résultats de cette étude, vous pouvez nous contacter respectivement aux adresses mail suivantes :

- isabelle.navarro1@gmail.com : population générale

- samijohnston.sj@gmail.com : femmes enceintes

Nous vous remercions de nous aider à finaliser notre formation.

Confraternellement,

Sami JOHNSTON & Isabelle NAVARRO, médecins généralistes à Toulouse

Annexe 2 : E-mail accompagnant le questionnaire (Sages-femmes)

Objet du mail :

Les outils du sevrage tabagique chez la femme enceinte et en population générale /
Thèse de médecine générale.

Texte du mail :

Chères consœurs et chers confrères,

Les conséquences du tabagisme maternel sur le fœtus sont bien connues et malgré tout
17 % des femmes enceintes continuent à fumer.

Vous pouvez contribuer à ce que l'on connaisse mieux la vision des outils du sevrage
par les professionnels de santé : répondez au questionnaire que nous avons réalisé dans
le cadre de nos travaux de thèse, dirigés par le Dr Julie Dupouy.

Suivez le lien ci-dessous pour accéder à notre questionnaire en ligne entièrement
anonymisé :

<http://theseecigarette.limequery.com/337335?lang=fr>

5 minutes pour parfaire notre savoir dans l'aide au sevrage tabagique de nos patient(e)s
et aider deux consœurs à finaliser leur formation.

Merci de nous accorder ce temps qui permettra de mieux cerner vos perceptions des
risques et de l'efficacité des outils de sevrage dans la population générale et chez la
femme enceinte.

Confraternellement,

Sami JOHNSTON & Isabelle NAVARRO, médecins généralistes à Toulouse

Annexe 3 : Questionnaire

Évaluation des risques et de l'efficacité des moyens de sevrage tabagique par les professionnels de santé.

Chères consœurs, chers confrères,

Nous sommes deux internes en médecine générale en dernier semestre à Toulouse et nous réalisons notre thèse sous la direction du Docteur Julie DUPOUY, médecin généraliste.

Vos réponses nous permettront de recueillir des données importantes sur votre perception des outils du sevrage tabagique.

Cela vous demandera environ 5 minutes et les réponses sont entièrement anonymes.

Merci de votre participation à notre travail.

À vos claviers !

Sami JOHNSTON et Isabelle NAVARRO.

Il y a 14 questions dans ce questionnaire

1^{ère} partie : Caractéristiques de la population interrogée

1) Quel est votre sexe ? * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

☐ Féminin

☐ Masculin

2) Quel âge avez-vous ? * *Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.*

Veillez écrire votre réponse ici :

3) Quelle est votre profession ? * *Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes*

☐ Médecin généraliste

☐ Sage-femme

☐ Gynécologue médical

☐ Gynécologue obstétricien

☐ Cardiologue

☐ Pneumologue

4) Depuis combien de temps exercez-vous votre spécialité ? * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ < 5 ans

☐ 5 -10 ans

☐ 10 - 20 ans

☐ > 20 ans

5) Combien y a-t-il d'habitants dans la commune où vous exercez ? * Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ < 2000 habitants

☐ 2000-10000 habitants

☐ > 10000 habitants

6) Avez-vous une formation ou une expérience particulière en addictologie ou tabacologie ? *Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

☐ Non

☐ Participation à une formation continue

☐ DU/DIU

☐ Capacité

☐ Vous appartenez à un réseau d'addictologie

☐ Autre :

7) A quelle fréquence pratiquez-vous les actes suivants ? * Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Plus d'une fois par mois	Plus d'une fois par semaine
Suivi de grossesse				
Consultation pré-conceptionnelle				

Consultations pour d'autres motifs que leur grossesse chez la femme enceinte				
Consultation d'aide à l'arrêt du tabac en population générale				
Consultation dédiée à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte				

8) Quel est votre statut tabagique ? * *Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :*

- ☐ Tabagique
- ☐ Non tabagique (vous n'avez jamais fumé)
- ☐ Ancien tabagique

2^{ème} partie : Évaluation des pratiques concernant le sevrage tabagique

9) Sur une échelle de 0 à 10 quelle est selon vous l'efficacité des méthodes de sevrage tabagique suivantes sur l'abstinence à 6 mois ? * *Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :*

	0 efficacité très faible	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 efficacité très élevée
Traitements nicotiniques substitutifs transdermiques (patchs)											
Traitements nicotiniques substitutifs oraux (gommes)											
Varénicline (Champix ^o)											
Bupropion (Zyban ^o)											
Cigarette électronique											
Approches psychologiques et comportementales *voir aide ci-dessous											
Médecines alternatives *voir aide ci-dessous											

10) Dans la population générale, dans quel ordre utilisez-vous ces moyens de sevrage tabagique ? Vos réponses doivent être différentes, et vous devez les classer dans l'ordre. Veuillez sélectionner de 1 à 7 réponses. Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 7.

Traitements nicotiniques substitutifs transdermiques (patchs)
Traitements nicotiniques substitutifs oraux (gommes)
Varénicline (Champix°)
Bupropion (Zyban°)
Cigarette électronique
Approches psychologiques et comportementales *voir aide ci-dessous
Médecines alternatives *voir aide ci-dessous

11) Chez la femme enceinte, dans quel ordre proposeriez-vous les moyens de sevrage suivants ? Vos réponses doivent être différentes, et vous devez les classer dans l'ordre. Veuillez sélectionner de 1 à 7 réponses. Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 7.

Traitements nicotiniques substitutifs transdermiques (patchs)
Traitements nicotiniques substitutifs oraux (gommes)
Varénicline (Champix°)
Bupropion (Zyban°)
Cigarette électronique
Approches psychologiques et comportementales *voir aide ci-dessous
Médecines alternatives *voir aide ci-dessous

12) Dans la population générale, sur une échelle de 0 à 10 quel est selon vous le niveau de dangerosité des moyens de sevrage suivants ? * Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0 dangerosité très faible	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 dangerosité très élevée
Traitements nicotiniques substitutifs transdermiques (patchs)											
Traitements nicotiniques substitutifs oraux (gommes)											
Varénicline (Champix°)											
Bupropion (Zyban°)											
Cigarette électronique											

Approches psychologiques et comportementales *voir aide ci-dessous												
Médecines alternatives *voir aide ci-dessous												

13) Chez la femme enceinte, sur une échelle de 0 à 10 quel est selon vous le niveau de dangerosité des moyens de sevrage suivants ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	0 dangerosité très faible	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 dangerosité très élevée
Traitements nicotiniques substitutifs transdermiques (patches)											
Traitements nicotiniques substitutifs oraux (gommes)											
Varénicline (Champix°)											
Bupropion (Zyban°)											
Cigarette électronique											
Approches psychologiques et comportementales *voir aide ci-dessous											
Médecines alternatives *voir aide ci-dessous											

14) Avez-vous des remarques ou des commentaires à nous faire parvenir ? Veuillez écrire votre réponse ici :

Un grand merci pour votre participation et votre contribution à ce travail qui clôture notre parcours universitaire.

Si vous souhaitez plus d'informations ou connaître le résultat de l'étude n'hésitez pas à nous joindre par mail : samijohnston.sj@gmail.com; isabelle.navarro1@gmail.com

*AIDE :

*Les approches psychologiques et comportementales regroupent notamment :

« Counseling » : entretien motivationnel, thérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie de soutien, techniques de relaxation, etc.

Mesures incitatives : incitations financières (bons de réduction, etc.).

Feedback : suivi échographique, mesure du taux de CO (Monoxyde de Carbone) expiré ou de la cotinine urinaire, etc.

Éducation thérapeutique

Soutien social : groupes d'entraide

*Les médecines alternatives :

Par exemple l'acupuncture, l'hypnose, les méthodes d'aversion, ou encore l'homéopathie ou la phytothérapie.

Healthcare professionals' insight on efficiency and risks of smoking cessation interventions during pregnancy in Midi-Pyrénées, France.

Abstract

Introduction. In France, 17% of pregnant women continue smoking at least a cigarette per day. Tobacco cessation at any point during the pregnancy has significant health benefits. Psychosocial interventions should be offered to every pregnant smoker. If they are not efficient enough, nicotine replacement therapies (NRT) can be prescribed. The aim of this study is to describe healthcare professionals' insight on the efficiency and risks of smoking cessation interventions during pregnancy.

Methods. This study was an observational cross-sectional study based on an online questionnaire sent by e-mail from April to May 2017 to the private practice general practitioners, midwives and gynecologists in the former "Midi-Pyrénées" region.

Results. The means that were considered the most efficient were psychosocial interventions and transdermal nicotine patches (median 6/10, IR respectively 5-8 et 5-7). Psychosocial interventions and alternative therapies were regarded as the safest means (median 0/10, IR 0-1). Similarly, methods used in first to third intention for smoking cessation during pregnancy were psychosocial interventions for 81,1% of healthcare professionals (n=115), alternative therapies for 65,7% of them (n=92), and transdermal nicotine patches for 64,3% of them (n=90).

Discussion. Psychosocial interventions are essential to help pregnant women stop smoking. The role of each one of these interventions is yet to be determined, so that the healthcare professionals can be properly trained to use them.

KEY WORDS

Smoking cessation – Pregnancy – General Practitioner

AUTEUR : Sami JOHNSTON

TITRE : Évaluation de l'efficacité et de la dangerosité des outils du sevrage tabagique chez la femme enceinte perçues par les médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes de Midi-Pyrénées.

DIRECTRICE DE THÈSE : Dr Julie DUPOUY

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 10 octobre 2017

NUMERO DE THÈSE : 2017 TOU3 1109

RÉSUMÉ :

Introduction. En France 17% des femmes enceintes fument au moins une cigarette par jour. Le sevrage est bénéfique quel que soit le stade de la grossesse. Les méthodes psycho-comportementales sont recommandées en première intention, suivies en cas d'échec des traitements nicotiniques substitutifs. L'objectif de cette étude est de décrire les perceptions de l'efficacité et des risques des moyens de sevrage tabagique chez la femme enceinte par les professionnels de santé impliqués.

Matériel et méthode Il s'agit d'une étude observationnelle transversale interrogeant les médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues libéraux de l'ancienne région Midi-Pyrénées par le biais d'un questionnaire envoyé par mail entre avril et mai 2017.

Résultats Les méthodes considérées comme les plus efficaces étaient les méthodes psycho-comportementales et les patchs nicotiniques (note médiane 6/10, EI respectifs 5-8 et 5-7). Les moyens jugés les moins dangereux étaient les méthodes psycho-comportementales et les médecines alternatives (médianes 0/10, EI 0-1). Les approches psycho-comportementales étaient proposées en première à troisième intention par 82,1% des professionnels (n=115), les médecines alternatives par 65,7% (n=92) et les patchs nicotiniques par 64,3% d'entre eux (n=90).

Discussion Les approches psycho-comportementales sont essentielles au sevrage tabagique pendant la grossesse. La place de chacune de ces techniques doit être étudiée afin que les professionnels de santé soient mieux formés à leur utilisation.

MOTS-CLÉS : Sevrage tabagique - Grossesse - Médecin généraliste

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale.

Faculté de Médecine de Toulouse – Rangueil – 133 route de Narbonne – 31000 TOULOUSE