

2024-2025

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en médecine générale**

**État des lieux des pratiques de  
médecins généralistes du Maine  
et Loire, de la Sarthe et de la  
Mayenne concernant le  
tabagisme chez la femme  
enceinte.**

**LAFONT Chloé**

Né le 09/05/1998 à Limoges (87)

Sous la direction du Dr Alexandra GENTIL

Membres du jury

M le Pr Thibaut PY | Président

Mme le Dr Alexandra GENTIL | Directrice

Mme le Dr Marie Bénédicte MERCIER | Membre

M le Pr Thierry URBAN | Membre

Soutenue publiquement le :  
16 septembre 2025



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Chloé LAFONT déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **15/04/2025**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

# **LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS**

---

**Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER**

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE**

**Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE**

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	HOSPITALIERE	
DERBRE Séverine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
D'ESCATHA Alexis	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDreau Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine

PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ;	Médecine
PODEVIN Guillaume	MEDECINE VASCULAIRE	
PROCACCIO Vincent	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PRUNIER Delphine	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Fabrice	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MOLECULAIRE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	CARDIOLOGIE	Médecine
REYNIER Pascal	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE	Médecine
RIQUIN Elise	MOLECULAIRE	Médecine
RODIEN Patrice	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
ROQUELAURE Yves	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	PEDOPSYCHIATRIE ;	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ADDICTOLOGIE	Médecine
	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET	
	MALADIES METABOLIQUES	Médecine
	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE	Médecine
	LA SANTE	
ROUSSEAU Pascal	ANATOMIE ET CYTOLOGIE	Médecine
	PATHOLOGIQUES	
	CHIRURGIE PLASTIQUE,	
	RECONSTRUCTRICE ET	
	ESTHETIQUE	
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE	Médecine
	PATHOLOGIQUES	
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET	Pharmacie
SERAPHIN Denis	BIOSTATISTIQUES	
SCHMIDT Aline	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET	Médecine
	DIGESTIVE	
	PHARMACOTECHNIE	
VENIER-JULIENNE Marie-Claire		Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE	Médecine
	MEDICALE	

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam  
BAGLIN Isabelle

CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE  
CHIMIE THERAPEUTIQUE

Médecine  
Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVIAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

#### AUTRES ENSEIGNANTS

<b>ATER</b>		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
<b>PAST-MAST</b>		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUV AIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIODERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine

<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

# REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Thibaut PY**, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci de votre accompagnement pendant les GEAP de SASPAS qui ont été très enrichissantes.

**A Madame le Docteur Alexandra GENTIL**, merci pour votre accompagnement tout au long de la rédaction de cette thèse. Merci pour votre confiance et le temps que vous m'avez accordé, vos conseils ont été précieux.

**A Madame le Docteur Marie Bénédicte MERCIER**, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Les 6 mois de stage de gynécologie que j'ai effectués à vos côtés ont été extrêmement enrichissants, tant sur le plan professionnel qu'humain, et ont renforcé mon intérêt pour la santé de la femme dans le cadre de ma future pratique de médecin généraliste.

**A Monsieur le Professeur Thierry URBAN**, je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à mon jury de thèse et d'évaluer mon travail.

**Aux Docteurs BOURGES, BERGE et MERCERON**, merci de m'avoir fait découvrir la richesse de la médecine générale et de m'avoir transmis vos pratiques, qui ont grandement contribué à ma construction en tant que médecin.

**A tous les médecins et professionnels paramédicaux** que j'ai rencontré au cours de mon internat, merci pour vos conseils et vos enseignements au quotidien, qui m'ont permis de progresser tout au long de ces trois années.

**A mes parents et à Lucas**, merci du fond du cœur pour votre présence indéfectible tout au long de ces années. Vous avez été là dans les moments de doute comme dans les instants de joie, me soutenant sans relâche, y compris dans les périodes les plus difficiles. À toi, Maman, un merci tout particulier pour ton implication dans les relectures de ma thèse et ton aide si précieuse dans les analyses statistiques. Ta patience m'a été d'un immense soutien. Merci à vous trois pour votre amour, votre écoute et votre confiance, qui m'ont porté jusqu'à l'aboutissement de ce parcours.

**A mes grands-parents et à toute ma famille**, merci pour votre soutien, votre bienveillance et votre amour, qui m'ont toujours accompagnée, malgré la distance et le fait que nous ne puissions pas nous retrouver aussi souvent que je le souhaiterais.

**A ma belle-famille**, merci de m'avoir intégrée au sein de votre famille et pour votre présence tout au long de ces années. Vous avez accompagné la majeure partie de mon parcours d'études, et votre soutien m'a été précieux.

**A tous les copains de l'externat**, merci pour tous ces moments partagés, en amphithéâtre comme en dehors. Nos voyages et nos « soirées thé » ont été de véritables bouffées d'air et un soutien précieux pour moi.

**A Amaury et Marianne**, merci pour tous ces moments partagés pendant nos études, et pour votre présence toujours aussi précieuse aujourd'hui. Vous êtes toujours partants pour des week-end angevins ou parisiens, et c'est un vrai bonheur de pouvoir compter sur vous !

**A Anaïs et David**, vous faites partie des rencontres les plus précieuses que j'ai faites durant cet internat, merci pour ces soirées jeux et ces Run and Bike dans Angers à l'improviste, ce sont toujours des super moments.

**A Lucile**, merci pour ton amitié depuis déjà 12 ans : merci d'avoir survécu à toutes mes crises, mes galères et mes moments de doute. Que ce soit dans les bons comme dans les mauvais jours, tu as toujours été là, sincère et généreuse. Sans toi et sans nos fous rires pour souffler un peu, je ne serais sûrement pas arrivée au bout. Merci pour tout, tu es tout simplement irremplaçable ! Merci aussi à Florian, qui a eu la patience de nous supporter pendant ces week-ends tourangeaux.

**A Kousskouss, mon chat**, expert en siestes sur mon bureau et en distraction pendant mes révisions.

**A Yanis**, merci pour ton soutien et ton amour depuis presque 10 ans, faits de tendresse, de rires et de cette douce folie que tu sais si bien apporter. Merci de croire en moi même quand j'en doute, de me pousser à me dépasser, et d'être là, dans chaque épreuve comme dans chaque éclat de rire. Ton soutien indéfectible et ton amour font toute la différence.

## Liste des abréviations

ALD	Affection longue durée
ARS	Agence régionale de santé
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés
CO	Monoxyde de carbone
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques
FMC	Formation médicale continue
HAS	Haute autorité de santé
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
MSU	Maître de stage universitaire
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
SAFE	Stage ambulatoire femme enfant
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
SRAE	Structure régionale d’appui et d’expertise
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TDHAH	Trouble déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité
TNS	TraITEMENT de substitution nicotinique
URPS	Union régionale des professionnels de santé

# Plan

<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>D</b>
<b>INTRODUCTION :.....</b>	<b>5</b>
1. <i>Épidémiologie :</i> .....	6
2. <i>Effet du tabagisme pendant et après la grossesse.....</i>	8
3. <i>Dépistage.....</i>	10
4. <i>Recommandations en France .....</i>	11
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>13</b>
1. <i>Objectif de l'étude.....</i>	13
2. <i>Type d'étude et population .....</i>	13
3. <i>Questionnaire.....</i>	14
4. <i>Analyse des données.....</i>	14
<b>RESULTATS :.....</b>	<b>15</b>
1. <i>Caractéristiques démographiques et professionnelles des répondants :.....</i>	15
2. <i>Outils utilisés par les médecins pour la prise en charge du sevrage tabagique.....</i>	18
2.1. <i>Interrogatoire de la patiente.....</i>	18
2.2. <i>Entretien motivationnel.....</i>	20
2.3. <i>Moyens médicamenteux.....</i>	21
2.4. <i>Moyens non médicamenteux.....</i>	24
3. <i>Impact du lieu d'études.....</i>	25
4. <i>Impact du lieu d'exercice .....</i>	27
5. <i>Impact du nombre de patientes suivies.....</i>	28
6. <i>Impact de la formation en tabacologie .....</i>	30
7. <i>Freins à la prise en charge .....</i>	31

<b>DISCUSSION.....</b>	<b>33</b>
1. <i>Forces de l'étude .....</i>	33
2. <i>Faiblesses de l'étude.....</i>	34
3. <i>Population de l'étude.....</i>	35
4. <i>Analyse de l'objectif principal.....</i>	35
5. <i>Analyse des objectifs secondaires.....</i>	40
5.1. Impact des lieux d'études et d'exercice sur les adressages .....	40
5.2. Impact du nombre de patientes enceintes suivies sur la prise en charge.....	41
5.3. Impact de la formation sur la prise en charge.....	42
5.4. Freins à la prise en charge des patientes enceintes fumeuses.....	43
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>45</b>
<b>Bibliographie :</b> .....	<b>46</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>51</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>52</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>53</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>0</b>

## **INTRODUCTION :**

Le tabagisme constitue l'un des principaux défis de santé à l'échelle mondiale. Il représente un enjeu majeur de santé publique, et ses effets néfastes ont un impact significatif sur la santé de la population, en particulier sur les groupes les plus vulnérables tels que les femmes enceintes, dont la santé et celle de leur enfant à naître peuvent être gravement compromises.

L'État français a mis en place de nombreuses mesures au cours des dernières années pour réduire le nombre de fumeurs dans le pays. Ces stratégies regroupent à la fois des outils dissuasifs comme l'augmentation du prix du paquet de cigarettes, les avertissements sanitaires ou l'utilisation du paquet neutre, ainsi que des outils d'aide au sevrage comme le mois sans tabac, le remboursement des substituts nicotiniques et le site tabac info service qui fournit des informations au grand public (1).

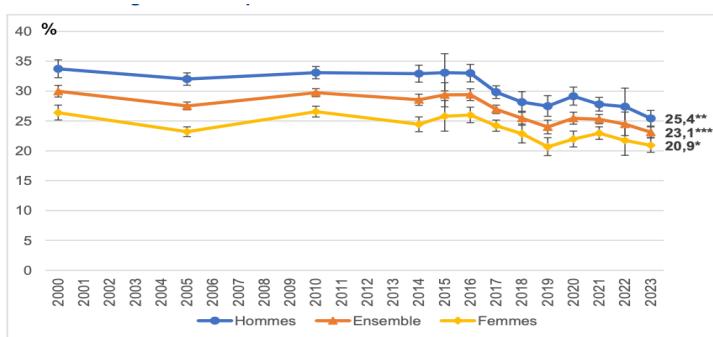
Après une diminution observée entre 2016 et 2019, passant de 29,4% à 24%, la consommation de tabac s'est stabilisée en France (2). Un impact de la crise sanitaire, sociale et économique liée à la Covid-19 ne peut être exclu sur l'interruption de la baisse de la prévalence du tabagisme et l'augmentation observée parmi certaines populations (2).

Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable en France avec 75 000 décès attribuables en 2015, soit 13 % des décès (2).

## 1. Épidémiologie :

En France, Santé Publique France actualise régulièrement les statistiques de santé à l'échelle nationale. L'édition 2024 de l'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes présente les données les plus récentes sur la consommation de tabac dans le pays (2,3).

Les dernières données datant de 2023 montrent un maintien de la baisse du tabagisme en France chez les jeunes générations, avec 15% de fumeurs quotidiens (3). Pour les autres catégories d'âge, la part de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans est passée en dessous de 25%, il s'agit de la prévalence la plus faible enregistrée depuis que cet indicateur existe. Chez les femmes, la hausse du tabagisme observée entre 2019 et 2021 ne semble pas se poursuivre. Malgré une baisse du tabagisme quotidien, les indicateurs révèlent une relative stabilité du taux de tabagisme en France. Ceci est lié à la prévalence du tabagisme occasionnel qui a augmenté principalement entre 2021 et 2023 pour atteindre 8% chez les 18-75 ans (4).



Source : Baromètres de Santé publique France 2000-2022, excepté 2015 Baromètre Cancer INCa-SpF, Enquête EROPP de l'OFDT 2023 - exploitation Santé publique France.

Les \* indiquent une évolution significative entre 2021 et 2023 : \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001.

Figure 1 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France métropolitaine entre 2000 et 2023

Plusieurs facteurs sont significativement associés à un tabagisme plus important, notamment, un faible niveau d'étude et des revenus plus bas. Cette tendance semble également se stabiliser sur les dernières années (2).

Dans les Pays de la Loire, la part des fumeurs quotidiens est de 22% chez les 18-75 ans (5). Cette région fait partie de celles les moins touchées par le tabagisme dans cette tranche d'âge, avec l'Ile de France et les DOM-TOM, ce sont les seules régions en dessous de la moyenne nationale (3).

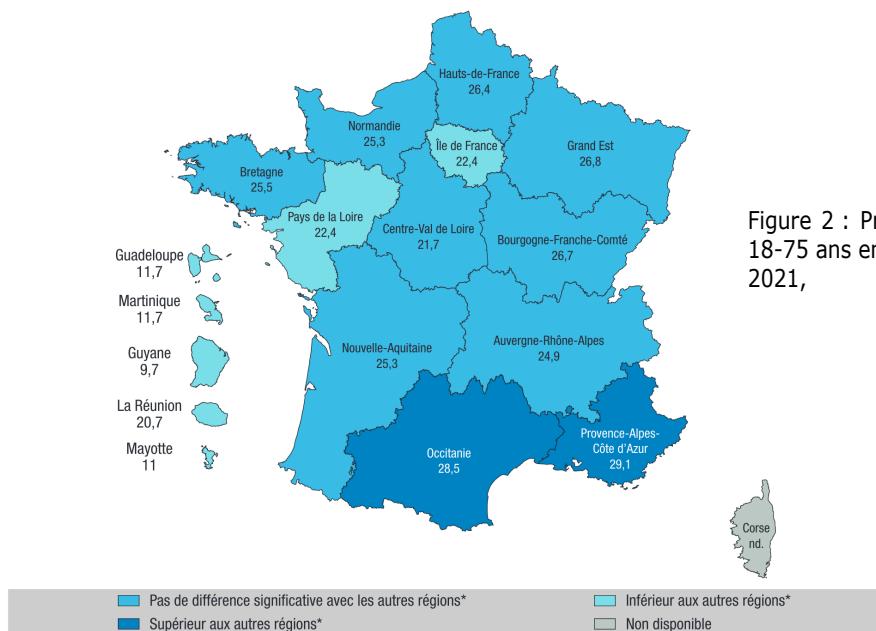


Figure 2 : Prévalence du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans en France métropolitaine et dans les DROM en 2021,

En 2017, environ 60% des fumeurs hommes ou femmes déclaraient vouloir arrêter de fumer, et les tentatives d'arrêt étaient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (6).

L'enquête périnatale de 2021 a étudié le tabagisme parmi les femmes enceintes (7). En France, le nombre de femmes fumeuses avant une grossesse est estimé à 27%, parmi celles-ci presque la moitié a cessé son tabagisme et un tiers a divisé par 2 sa consommation pendant la grossesse (7). A l'occasion du mois sans tabac de 2023, il a été rapporté que durant l'année 2021, au troisième trimestre de grossesse, 12% des femmes déclaraient fumer (2), contre 16% en 2016 (8).

Ces chiffres peuvent s'expliquer par un accès plus facile des maternités à une consultation en tabacologie, et par les plans nationaux de lutte contre le tabac qui se sont développés sur le territoire. Ceci souligne la nécessité de poursuivre les stratégies déjà en place pour lutter contre le tabagisme, notamment pour les personnes les plus

vulnérables telles que les femmes enceintes dont la santé et celle de leur futur enfant peuvent être affectées par la consommation de tabac pendant la grossesse.

## **2. Effet du tabagisme pendant et après la grossesse**

Bien que le tabac ne soit pas une substance tératogène, sa consommation peut avoir des effets néfastes sur la fertilité des parents, le développement du fœtus, ainsi que sur la santé future de l'enfant à naître.

De nombreuses études rapportent les risques associés au tabagisme pendant la grossesse :

- En Procréation médicalement assistée, le nombre d'ovocytes recueillis est réduit et les défauts d'implantation sont plus fréquents chez les femmes présentant un tabagisme actif (9).
- Pendant la grossesse, il existe une augmentation du risque de fausse couche, d'anomalies placentaires (hématome rétro-placentaire, placenta bas inséré), de rupture prématurée des membranes et de mort fœtale in utero. (9–12)
- L'exposition chronique au tabac in utero résulte également en la diminution des mouvements actifs fœtaux (9).
- A l'accouchement, bien que le risque de césarienne ne soit pas augmenté, les hémorragies de la délivrance et les délivrances artificielles sont plus fréquentes chez les patientes fumeuses (9).
- Pour l'enfant à naître, il existe une augmentation faible mais significative du risque de fente labio-palatine et de craniosténose (9,13–16).
- Après la naissance, le risque de mort subite est multiplié par 2 en cas d'exposition in-utéro. Cela pourrait s'expliquer par une altération du développement pulmonaire pendant la grossesse et par la diminution des mouvements respiratoires. Il existe également un risque accru de bronchiolite pendant la première année de vie, d'infections pulmonaires, d'asthme, d'eczéma, d'obésité

et de TDAH pendant l'enfance. Ces risques sont présents pour une exposition in utero et tendent à s'accroître en cas de tabagisme passif associé (9–12,17,18).

- A ce jour, il est difficile d'estimer l'impact de l'exposition in utero sur la santé de l'adulte en raison de nombreux biais, liés principalement aux contraintes environnementales. Toutefois, certaines données suggèrent une augmentation du risque d'obésité, d'asthme et de trouble d'abus des substances également à l'âge adulte. Une hypothèse avancée pour expliquer ces effets est celle de modifications épigénétiques, susceptibles d'entraîner également des répercussions transgénérationnelles. Ainsi, les femmes ayant été exposées au tabagisme durant la vie intra-utérine présenteraient un risque accru de fumer à leur tour pendant leur grossesse (17,18).

La fumée de tabac est composée de nombreuses substances. Les plus étudiées concernant leurs effets chez la femme enceinte sont principalement la nicotine et le monoxyde de carbone. La métabolisation de la nicotine est plus rapide chez la femme enceinte ce qui entraîne une diminution plus rapide du taux de nicotine dans le corps et donc une envie de fumer plus importante (19). Cette substance traverse la barrière placentaire et peut se retrouver dans la circulation sanguine fœtale et le liquide amniotique à des doses supérieures à celles retrouvées dans le sang maternel. Le principal métabolite de la nicotine est la cotinine, qui présente des dosages similaires dans le plasma maternel et fœtal (12,20). Certains modèles animaux rapportent un impact de la cotinine sur le flux sanguin des artères utérines mais cela n'a pas été mis en évidence chez l'être humain (10).

La biodisponibilité de la nicotine varie selon le mode d'administration. Lorsqu'elle est inhalée, comme lors du tabagisme, son passage dans le flux sanguin est très rapide via le passage à travers le système sanguin pulmonaire, entraînant une vasoconstriction, une augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Elle est ainsi délivrée rapidement au cerveau, produisant « l'effet shoot ». La nicotine agit avant

même que le mécanisme de tolérance puisse débuter. La diminution des effets est également rapide, nécessitant une nouvelle « dose » pour maintenir ces effets, ce qui entraîne une dépendance majeure. Les doses utilisées sont donc très importantes comparées à celles des patchs transdermiques, qui délivrent la nicotine plus lentement dans la circulation sanguine avec un « effet plateau ». Ils n'ont pas d'effet sur la tension artérielle et la fréquence cardiaque car l'absorption plus lente fait que l'équilibre s'établit entre le sang veineux et artériel contrairement à la nicotine de la cigarette qui se retrouve beaucoup plus rapidement dans la circulation artérielle. Par ailleurs, l'absence d'effet euphorisant permet des effets plus durables, tout en nécessitant des doses moindres pour réduire l'envie de fumer. Chez un patient qui continue à fumer, l'usage de substituts nicotiniques n'a pas d'effet néfaste, car la nicotine apportée par ces substituts se fixe sur les récepteurs nicotiniques à la place de celle des cigarettes, évitant ainsi une compensation par une inhalation plus fréquente (21,22).

Le monoxyde de carbone traverse également rapidement la barrière placentaire et présente des taux plus élevés dans la circulation fœtale que maternelle. Cette substance se lie à l'hémoglobine fœtale entraînant une diminution de l'oxygénation des tissus fœtaux et un déséquilibre acido-basique. Il a également un impact sur le flux sanguin des artères utérines et du placenta, ce qui accroît le risque d'hypoxie fœtale (12).

### **3. Dépistage**

La HAS recommande le dépistage systématique d'un tabagisme actif par les médecins généralistes pour tous les patients. Pour évaluer plus précisément le niveau de dépendance tant pour le médecin que pour la patiente, le test de Fagerström en 2 ou 6 questions peut être utilisé (Annexe 2).

Pendant la grossesse, il est crucial de questionner à nouveau la patiente car la santé de son bébé entre également en jeu. Le médecin généraliste joue un rôle important durant cette période en raison de la pénurie de spécialistes car le suivi des patientes enceintes

ayant des grossesses de déroulement physiologiques, est de plus en plus souvent assuré par des généralistes jusqu'au troisième trimestre.

En France, 24% des femmes déclarent avoir consulté au moins une fois leur médecin traitant pour le suivi de leur grossesse. Dans les Pays de la Loire, ce chiffre atteint plus de 50% (23).

La grossesse est une période importante dans la vie d'une femme, propice à l'adhésion au sevrage tabagique, ce qui pourrait favoriser le maintien de l'arrêt du tabac. Par exemple, une étude de cohorte anglaise a montré un sevrage tabagique maintenu lors de la seconde grossesse pour 34% des femmes incluses (24). Tout au long de la grossesse, le tabagisme doit être abordé, pour permettre à la patiente de comprendre que le sevrage peut être entrepris à tout moment de sa grossesse si elle le souhaite. En pratique courante, il peut être utile de mesurer le CO expiré pour donner aux patientes un point de repère concernant leur consommation et leur degré d'intoxication.

#### **4. Recommandations en France**

L'une des principales stratégies adoptée par les pays développés pour lutter contre le tabagisme consiste à augmenter significativement l'utilisation des substituts nicotiniques en association avec la thérapie comportementale.

Les recommandations internationales concernant la prescription de substituts nicotiniques pendant la grossesse sont disparates et souvent accompagnées de formules telles que « si le recours seul à la TCC ne se montre pas suffisant ».

En France, la conférence de consensus sur le thème « Grossesse et tabac » de 2004 (9) fait office de recommandations à l'échelle nationale. Plus récemment, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a émis des recommandations en 2020 pour actualiser les connaissances (25). Ces recommandations rappellent les effets du tabac sur la grossesse et stipulent que le message à délivrer doit viser un arrêt complet du tabac (9).

Tout médecin peut réaliser le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB), qui sont essentiels pour le suivi de la patiente. En première intention, il est recommandé de proposer une prise en charge psychologique associée à une thérapie cognitivo-comportementale. Pour cela, une adhésion de la patiente est nécessaire, car sans celle-ci les bénéfices de ces séances seraient nuls. L'apport de supports (manuels, brochures...) apparaît également bénéfique dans l'aide au sevrage des fumeuses enceintes (25). Les substituts nicotiniques peuvent également être utilisés en première intention, bien qu'ils ne soient pas considérés comme sans risque sur la grossesse, il est admis que celui-ci est négligeable par rapport à la poursuite du tabagisme (9). Il est toutefois recommandé que l'initiation de ces thérapeutiques soit réalisée par un professionnel en tabacologie, surtout chez les femme enceintes (25).

Dans un contexte de mise en place récente du remboursement des substituts nicotiniques en France (26), et face à la pénurie croissante de spécialistes, il apparaît intéressant de mieux comprendre les pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage et de sevrage tabagique chez les femmes enceintes afin d'adapter les stratégies de lutte contre le tabagisme.

# MATERIEL ET METHODE

## 1. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les outils médicamenteux et non médicamenteux employés par les médecins généralistes pour la prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte.

Les objectifs secondaires sont :

- Déterminer si le lieu d'études et le lieu d'exercice ont un impact sur les adressages en consultations spécialisées.
- Évaluer l'impact du nombre de patientes enceintes suivies mensuellement sur le dépistage et la prise en charge de l'intoxication tabagique chez la femme enceinte.
- Identifier les freins à la prise en charge du tabagisme pendant la grossesse.

## 2. Type d'étude et population

Il s'agit d'une étude transversale descriptive des pratiques de médecins généralistes du Maine et Loire, de la Mayenne et de la Sarthe. La population étudiée est composée des maitres de stages universitaires de stage de niveau 1, SAFE et SASPAS de la Faculté de médecine d'Angers, ainsi que des internes ayant réalisé au moins un stage ambulatoire.

Le choix de cibler les maitres de stage universitaire, a été fait pour éviter un biais entre la population répondant au questionnaire et la population étudiée, et pour faciliter la diffusion du questionnaire.

Les critères d'inclusions sont : être médecin généraliste thésé ou interne en médecine générale et avoir réalisé au moins un stage en ambulatoire. Aucun critère d'exclusion n'a été défini.

### **3. Questionnaire**

Le questionnaire réalisé est composé de deux parties. Les réponses ont été anonymisées.

La première partie vise à connaître les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée et comprend sept questions. La seconde partie interroge sur les différentes pratiques de dépistage et de sevrage tabagique chez les femmes enceintes, ainsi que sur les difficultés rencontrées et comprend vingt-quatre questions.

Ce questionnaire est disponible en annexe (Annexe 1).

Il a été diffusé par mail via la scolarité de la Faculté de médecine d'Angers avec trois relances pendant la durée de l'étude et via les groupes Facebook des internes de médecine générale d'Angers. Il a été réalisé avec l'aide du logiciel Lime Survey. Le recueil des données s'est étendu du 7 mai 2024 au 22 août 2024. Seuls les questionnaires entièrement complétés ont été pris en compte.

Au total, 200 réponses ont été recueillies, parmi lesquelles 141 questionnaires étaient complets. Les 59 questionnaires incomplets n'ont pas été analysés.

### **4. Analyse des données**

Les données recueillies ont été converties en tableau Excel, analysées et codées à l'aide des logiciels Excel et biostaTGV. Des tests de Chi<sup>2</sup>, de Fisher et de Kruskal-Wallis ont été réalisés pour déterminer la significativité des analyses en sous-groupes. Le seuil de significativité a été défini pour une valeur de p inférieure à 5%. Aucun comité de protection des personnes n'a été saisi et aucune demande d'autorisation auprès de la la CNIL n'ont été effectuées devant l'absence de recherche impliquant la personne humaine (RIPH).

## **RESULTATS :**

### **1. Caractéristiques démographiques et professionnelles des répondants :**

Dans le cadre de l'étude, les répondants ont été questionnés afin de les qualifier en fonction de leur sexe, âge, catégorie professionnelle, statut tabagique, lieu d'exercice, nombre de patientes suivies mensuellement et statut par rapport aux formations traitant du tabac pendant la grossesse.

La population étudiée comprend 141 répondants soit un taux de participation de 22%, les femmes sont les plus représentées, à 78%. L'âge moyen des participants est de 35,67 ans (écart type = 11,78 ans).

La répartition des répondants est homogène entre les médecins thésés et les internes. Parmi les MSU les SAFE sont les moins représentés. Pour les internes, 39 sont en SASPAS (26%), 9 en SAFE (6%) et 18 sont hors stage ambulatoire lors du sondage (12%). Concernant le statut tabagique des répondants, seuls 8% sont fumeurs (Tableau I).

	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Sexe :</b>		
<b>Femmes</b>	111	78%
<b>Hommes</b>	30	21%
<b>Age :</b>		
<b>21-40</b>	100	71%
<b>41-60</b>	34	24%
<b>&gt;60</b>	7	5%
<b>Catégorie professionnelle :</b>		
<b>MSU stage niveau 1</b>	37	25%
<b>MSU SAFE</b>	12	8%
<b>MSU SASPAS</b>	35	23%
<b>Interne</b>	66	44%
<b>Statut tabagique</b>		
<b>Non-fumeur</b>	112	79%
<b>Fumeur actif</b>	8	6%
<b>Fumeur sevré</b>	18	13%
<b>Fumeur occasionnel</b>	3	2%
<b>Lieu d'exercice</b>		
<b>Maine et Loire</b>	68	48%
<b>Mayenne</b>	30	21%
<b>Sarthe</b>	43	31%
<b>Nombre de patientes enceintes vues par mois</b>		
<b>Aucune</b>	11	8%
<b>1-5</b>	116	82%
<b>6-10</b>	11	8%
<b>&gt;10</b>	4	3%
<b>FMC tabac et grossesse</b>		
<b>Oui</b>	30	21%
<b>Non</b>	111	79%

Tableau I : Caractéristiques démographiques de la population étudiée

La répartition des médecins interrogés selon leur lieu d'études montre qu'une moitié a réalisé son externat à Angers, la répartition sur les autres villes est assez homogène avec une contribution plus importante pour Nantes, Poitiers et Tours. Quant à l'internat, la plupart des répondants l'ont réalisé à Angers (Figures 3 et 4).

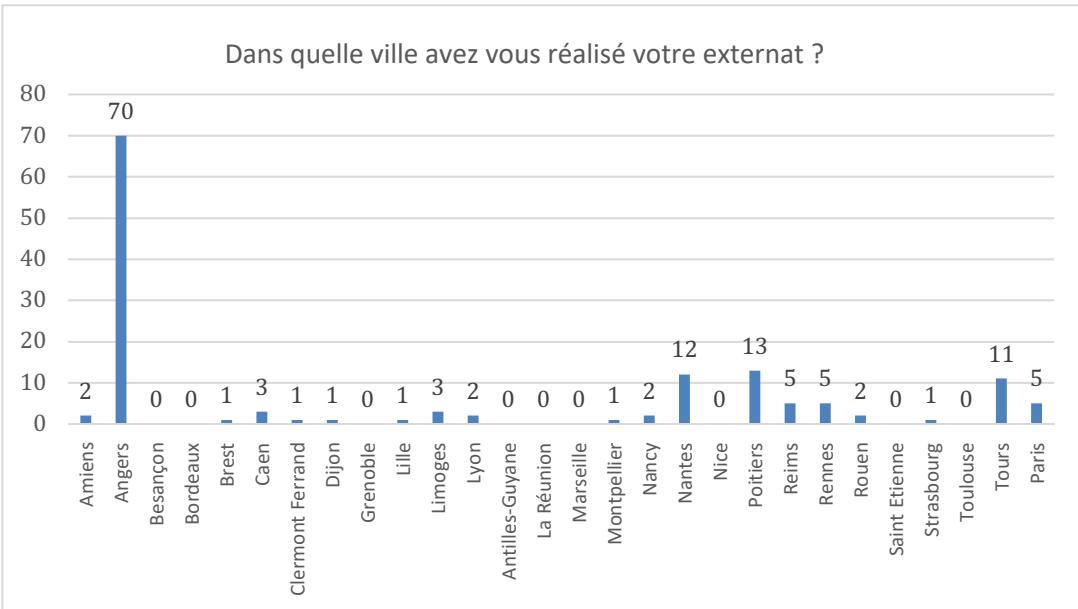


Figure 3 : Répartition des médecins selon leur lieu d'externat

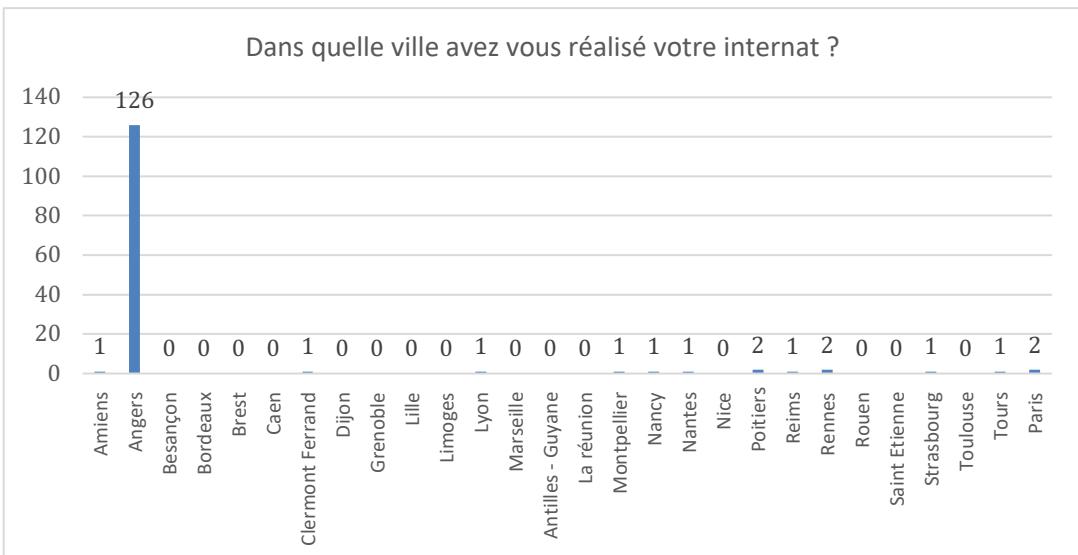


Figure 4 : Répartition des médecins selon leur lieu d'internat

## 2. Outils utilisés par les médecins pour la prise en charge du sevrage tabagique

La deuxième partie du questionnaire vise à interroger les médecins sur leurs pratiques courantes lorsqu'ils dépistent et proposent un sevrage tabagique lors d'une consultation avec une patiente enceinte.

Cette section se divise en plusieurs sous parties. La première concerne l'interrogatoire de la patiente enceinte.

### 2.1. Interrogatoire de la patiente

La fréquence à laquelle les praticiens questionnent le statut tabagique de la patiente varie. Seulement 2% ( $n = 3$ ) rapportent ne jamais poser la question. La plupart soit 45% ( $n = 64$ ) la posent lors de la première consultation de suivi de grossesse, et 30% ( $n = 43$ ) à chaque consultation.

Les 3% ( $n = 4$ ) ayant répondu « autre » à la question varient leur interrogatoire selon les circonstances (Figure 5).

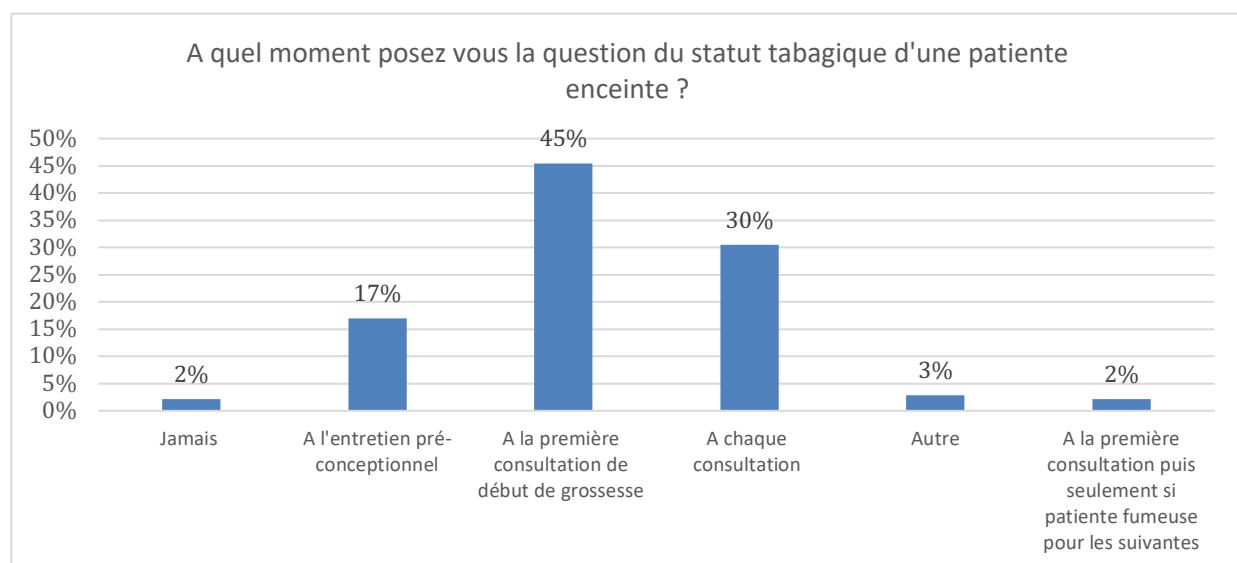


Figure 5 : Interrogatoire de la patiente sur son statut tabagique

Le questionnement concernant le statut tabagique du conjoint est encore plus variable puisque 30% (n = 42) des médecins ne posent jamais la question tandis que 34% (n = 48) la posent systématiquement.

Les médecins ayant répondu « autre », 6% (n=8), déclarent « parfois » interroger sur le statut tabagique du conjoint (Figure 6).

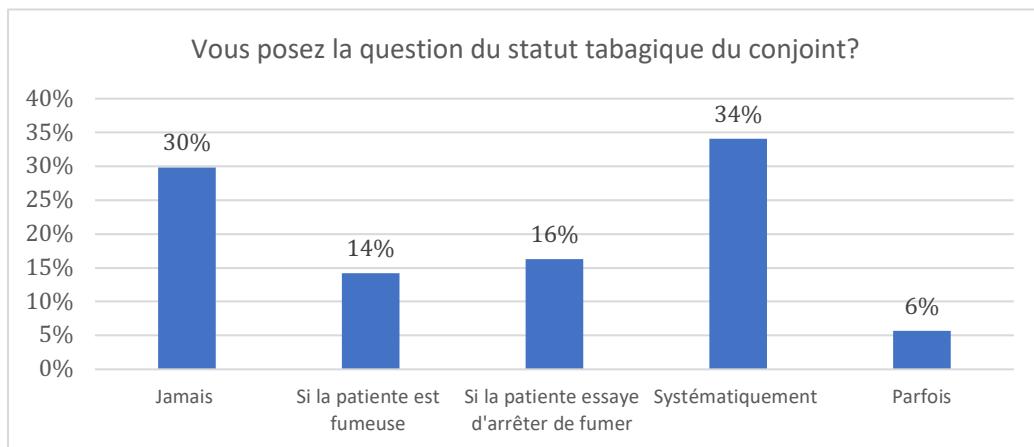


Figure 6 : Interrogatoire du statut tabagique du conjoint

Dans le dépistage du tabagisme chez une femme enceinte, les autres substances toxiques sont également prises en compte dans l'interrogatoire exhaustif. Pour la majorité des médecins, la question est systématique. Les réponses « autres » incluent « à la création du dossier », « selon le profil de la patiente », « de temps en temps » ou « rarement » (Figure 7).

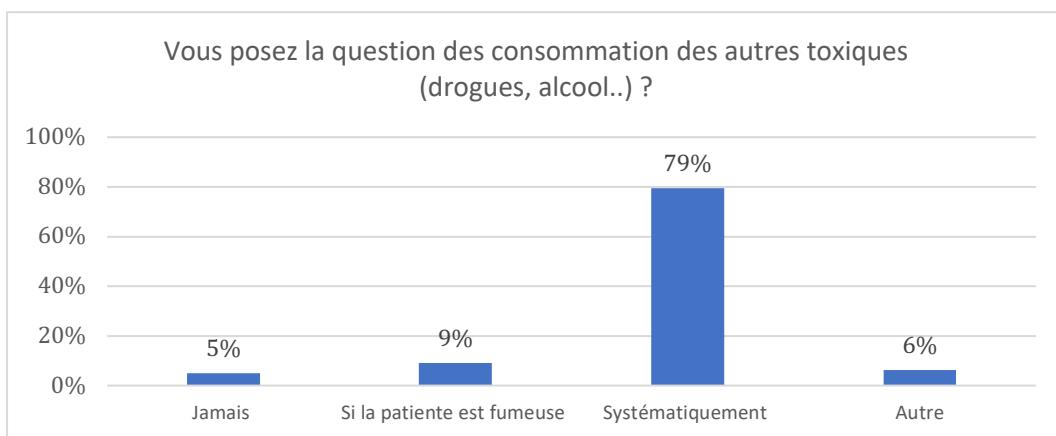


Figure 7 : Interrogatoire sur la consommation des autres toxiques

## 2.2. Entretien motivationnel

La deuxième sous partie vise à comprendre comment les médecins construisent leur entretien motivationnel.

92% (n = 130) des médecins interrogés pensent qu'un projet de grossesse ou un début de grossesse est un moment propice à un arrêt du tabac.

Concernant les arguments utilisés pour motiver au sevrage, 82 % (n=116) des médecins mentionnent la réduction des risques pour le fœtus, tandis que 94 % (n=133) évoquent les bénéfices pour l'enfant à venir. Environ la moitié des médecins abordent des arguments sur la diminution des risques pour la patiente sur le plan cardio-vasculaire, l'amélioration de la capacité pulmonaire et de la fertilité. Les économies réalisables sont également un argument utilisé par 48% (n=68) d'entre eux.

1% (n=1) des sondés n'évoque aucun d'argument (Figure 8).

Les autres réponses incluent :

- « Le souhait de la patiente »,
- « La quantité de CO<sub>2</sub> exhalée même après avoir fumé dehors »,
- « La probabilité augmentée de ne pas reprendre le tabac en post partum s'il est arrêté pendant la grossesse »,
- « J'adapte mon discours aux représentations de la patiente et aux risques et avantages qu'elle identifie elle-même. Déconstruction des fausses représentations, renforcement des éléments favorables au sevrage »
- « J'évoque des arguments que si elle demande »

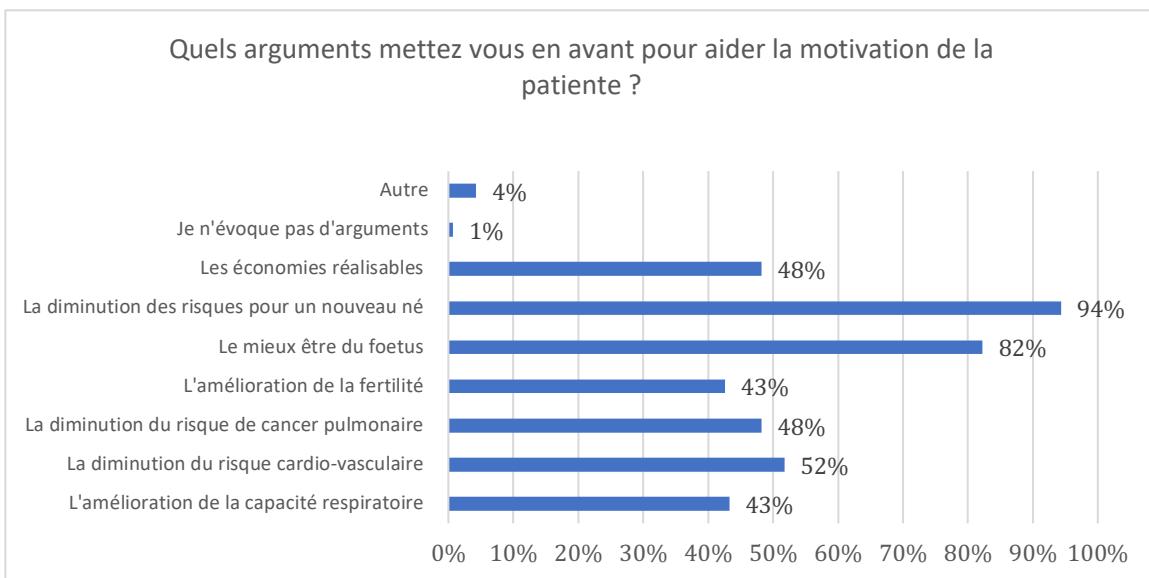


Figure 8 : Arguments utilisés pour la motivation au sevrage

Afin d'expliquer aux patientes leur consommation et leur niveau d'intoxication tabagique, la mesure du CO expiré est un très bon outil. Parmi les médecins interrogés, 3% ( $n = 4$ ) rapportent l'utiliser dans leur pratique courante.

Concernant les conseils donnés aux patientes, 89% des répondants ( $n = 125$ ) préconisent un arrêt total du tabac et 51% ( $n = 72$ ) une simple réduction de leur consommation habituelle. 3 % ( $n = 4$ ) des médecins rapportent s'adapter aux souhaits de la patiente.

### **2.3. Moyens médicamenteux**

La troisième sous partie de l'étude porte sur les moyens médicamenteux utilisés par les médecins pour aider au sevrage tabagique.

Presque la totalité des répondants, 95% ( $n = 134$ ) signalent prescrire des substituts nicotiniques. 3% ( $n = 4$ ) rapportent ne rien proposer comme aide au sevrage du tabac. Aucun médecin ne prescrit de Bupropion ou de Varénicline.

Concernant la connaissance et l'utilisation des substituts nicotiniques et leurs différentes formes, parmi la population répondante, 99% ( $n = 140$ ) connaissent les patchs et les gommes à manger, et 90% ( $n = 127$ ) les pastilles à sucer. En revanche, les autres substituts semblent moins connus.

En termes d'utilisation, les patchs sont les plus prescrits par 95% (=134) des répondants. Même s'ils sont bien connus des médecins, les gommes et les pastilles à sucer sont moins prescrites avec respectivement 81% (=114) et 73% (=103) de médecins qui rapportent les prescrire. Les substituts nicotiniques les moins connus sont également, les moins prescrits. De plus, 28% (n=40) des répondants prescrivent des associations des différentes formes pour maximiser les chances de sevrage (Figure 9).

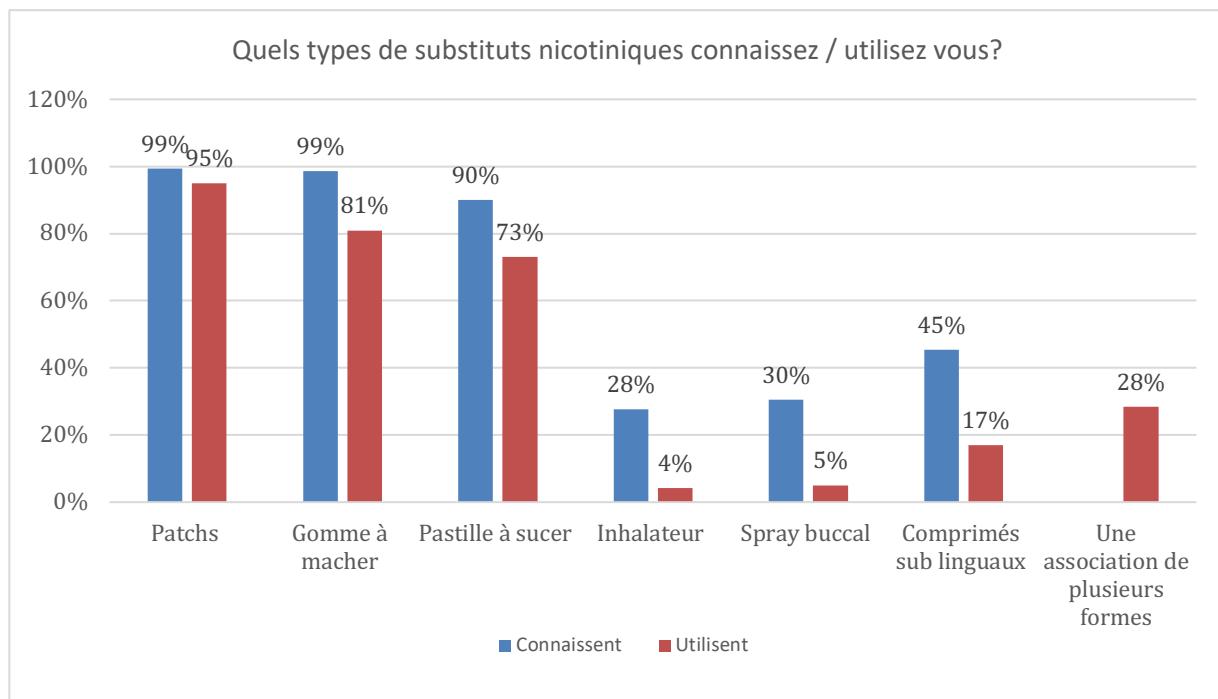


Figure 9 : Connaissance et utilisation des substituts nicotiniques

Tous les médecins sont informés de la possibilité de remboursement des substituts nicotiniques, mais seulement 49 % d'entre eux connaissent le taux de remboursement de 65 % par la Sécurité sociale. Par ailleurs, 28 % des répondants (n = 39) croient que ce remboursement se fait toujours sous forme de forfait, tandis que 26 % (n = 36) pensent que les substituts nicotiniques sont remboursés à hauteur de 100 %. En ce qui concerne les conditions d'accès au remboursement, 12 % des répondants (n = 17) considèrent qu'une ordonnance séparée est nécessaire pour bénéficier de la prise en charge, et 1 % (n = 1) estime que le patient doit être en ALD pour pouvoir bénéficier du remboursement.

Concernant l'impact sur les pratiques des médecins suite au changement du type de remboursement des substituts nicotiniques intervenu en janvier 2019, et visant à majorer les remboursements pour les patients, il a conduit 54% (n=76) des médecins à augmenter leurs prescriptions tous patients confondus. Mais seulement 33% (n=46) les ont augmentées pour les patientes enceintes (Figure 10).

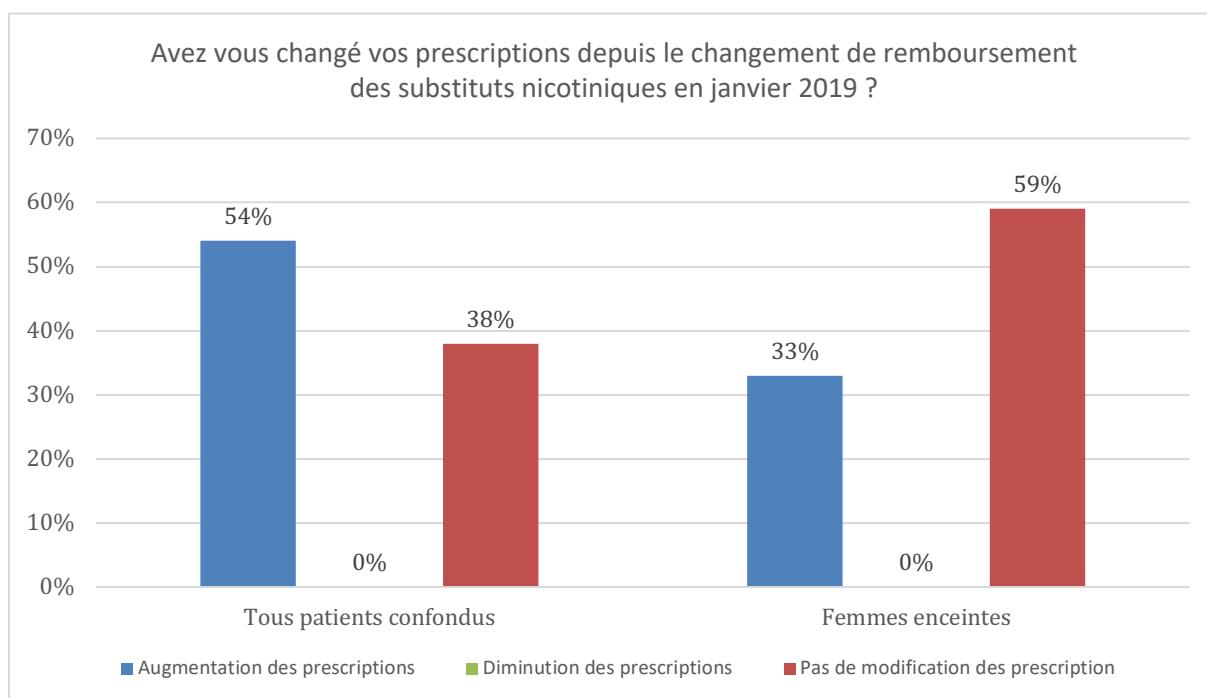


Figure 10 : Modification des prescriptions depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019

## **2.4. Moyens non médicamenteux**

Parmi les moyens de prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte, il a été vu précédemment que la TCC est le traitement de première intention dans les dernières recommandations.

Cette section du questionnaire porte sur l'ensemble des techniques non médicamenteuses et leur utilisation par les médecins.

Parmi les techniques non médicamenteuses, 72 % ( $n = 102$ ) des médecins orientent leurs patientes vers une consultation en tabacologie, 1 praticien rapporte réaliser lui-même les séances, ayant été formé à la tabacologie. La TCC est proposée par 43 % ( $n = 60$ ) des médecins, dont les 3/4 orientent vers un professionnel qu'ils connaissent. Concernant les autres approches, l'hypnose est beaucoup recommandée, viennent ensuite la sophrologie et l'acupuncture. Enfin, 31 % ( $n = 44$ ) des médecins préconisent l'utilisation de la cigarette électronique comme aide au sevrage tabagique (Figure 11).

En ce qui concerne la consultation en tabacologie, 40 % ( $n = 46$ ) des médecins déclarent connaître des professionnels spécialisés dans la prise en charge des patientes enceintes, mais seulement 11 % ( $n = 16$ ) orientent directement leurs patientes vers ces professionnels. Par ailleurs, 60 % ( $n = 85$ ) des répondants n'ont pas connaissance de l'existence de ces spécialistes dans leur secteur.

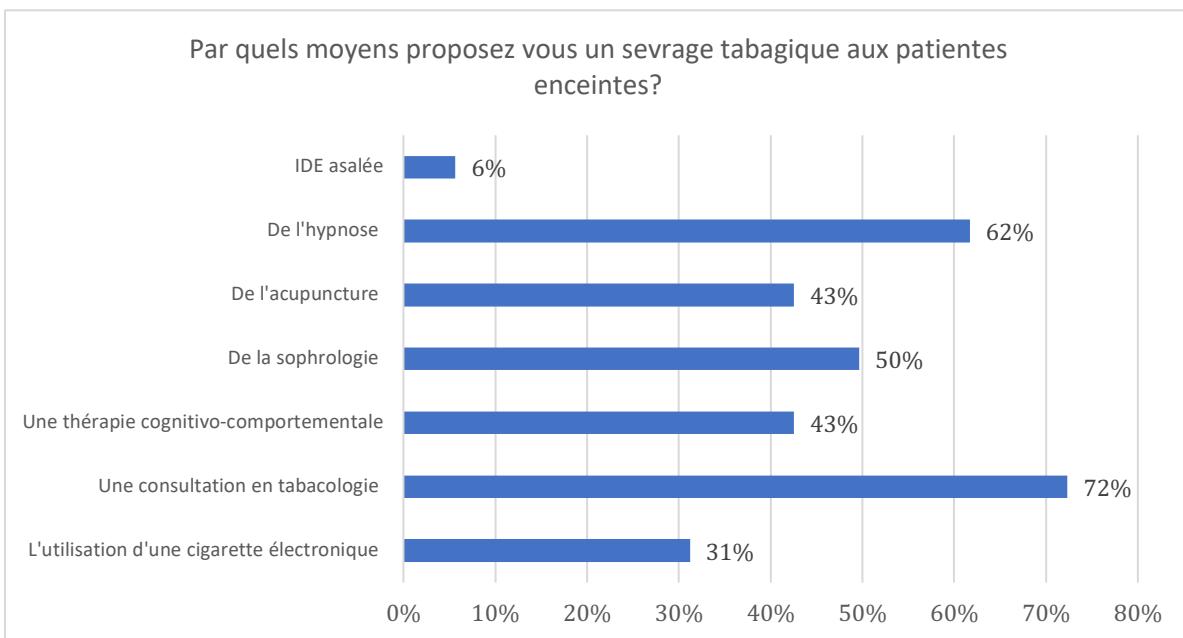


Figure 11 : Prise en charge non médicamenteuse proposée aux patientes

### 3. Impact du lieu d'études

Parmi les objectifs secondaires de cette étude, le premier vise à évaluer l'impact du lieu de formation des médecins sur leur propension à adresser leurs patientes en consultations dédiées au sevrage tabagique. Dans le cadre de cette étude, la comparaison des données analysées se fait entre les médecins ayant réalisé leurs études à Angers et l'ensemble de ceux les ayant faites dans d'autres subdivisions.

Les réponses sont analysées selon le lieu d'externat puis celui de l'internat.

Pour l'externat, 70 répondants ont étudié à Angers et 71 dans une autre subdivision.

Les résultats montrent que davantage de médecins ayant étudié à Angers connaissent des professionnels de tabacologie prenant en charge des patientes enceintes dans leur département comparativement à ceux des autres régions (respectivement 51% et 28%,  $p= 0,048$ ).

De plus, une différence significative a été observée dans les pratiques d'adressage, car 20% ( $n=14$ ) des répondants ayant effectué leur externat à Angers signalent donner le contact d'un professionnel à leurs patientes, contre seulement 3% ( $n=2$ ) des médecins parmi ceux provenant d'autres lieux d'externat  $p=0,0012$  (Figure 12).

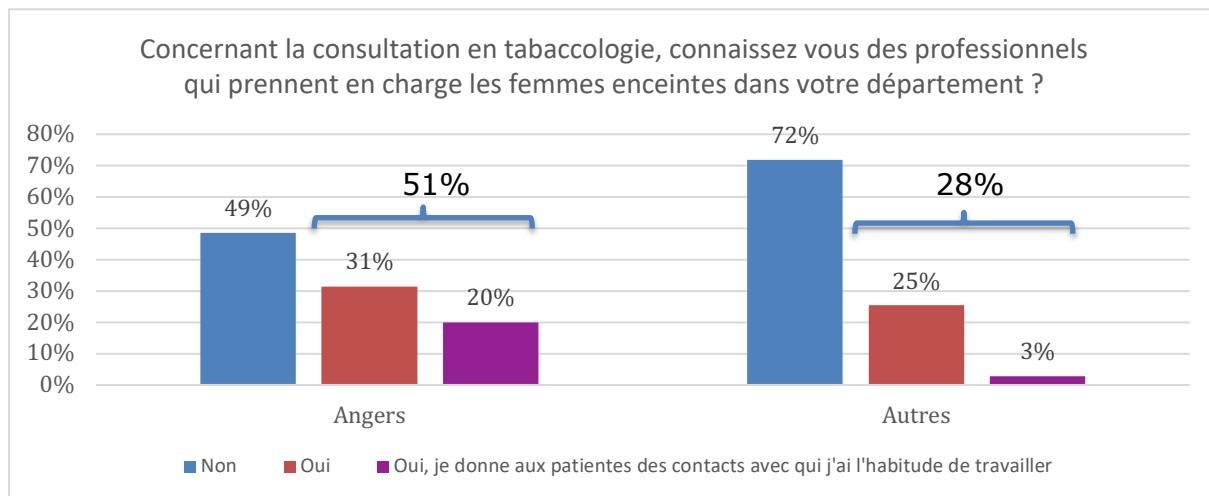


Figure 12 : Connaissance de professionnels en tabacologie selon le lieu d'externat.

Pour l'internat, 126 médecins déclarent avoir étudié à Angers et 15 dans une autre subdivision. Dans cette population, il n'y a pas de différence vis-à-vis des connaissances ou des adressages à des professionnels prenant en charge des patientes enceintes (Figure 13).

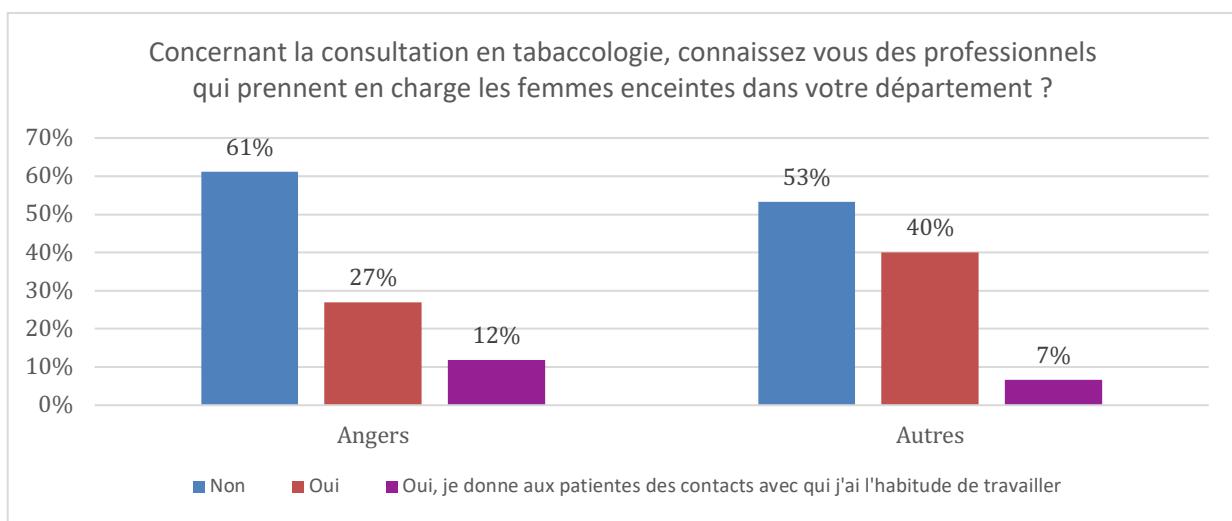


Figure 13 : Connaissance de professionnels en tabacologie selon le lieu d'internat.

## 4. Impact du lieu d'exercice

Après avoir évalué l'impact du lieu d'étude, nous avons analysé l'influence du lieu d'exercice des professionnels sur ces mêmes adressages. La comparaison porte sur les différences entre les trois départements de l'Anjou, à savoir le Maine et Loire, la Mayenne et la Sarthe. Le nombre de répondants dans chacun de ces départements est respectivement de 68, 30 et 43 (Tableau I).

Pour ce qui est des consultations en tabacologie, environ la moitié des médecins connaissent des professionnels prenant en charge des femmes enceintes dans leur département, sauf en Sarthe où la plupart des médecins signalent ne pas avoir cette notion. L'analyse par un test du Chi<sup>2</sup> n'a pas révélé de différence statistiquement significative entre les populations ( $p= 0,16$ ). En ce qui concerne les adressages, aucune différence statistiquement significative n'a été observée ( $p=0,15$ ) (Figure 14).

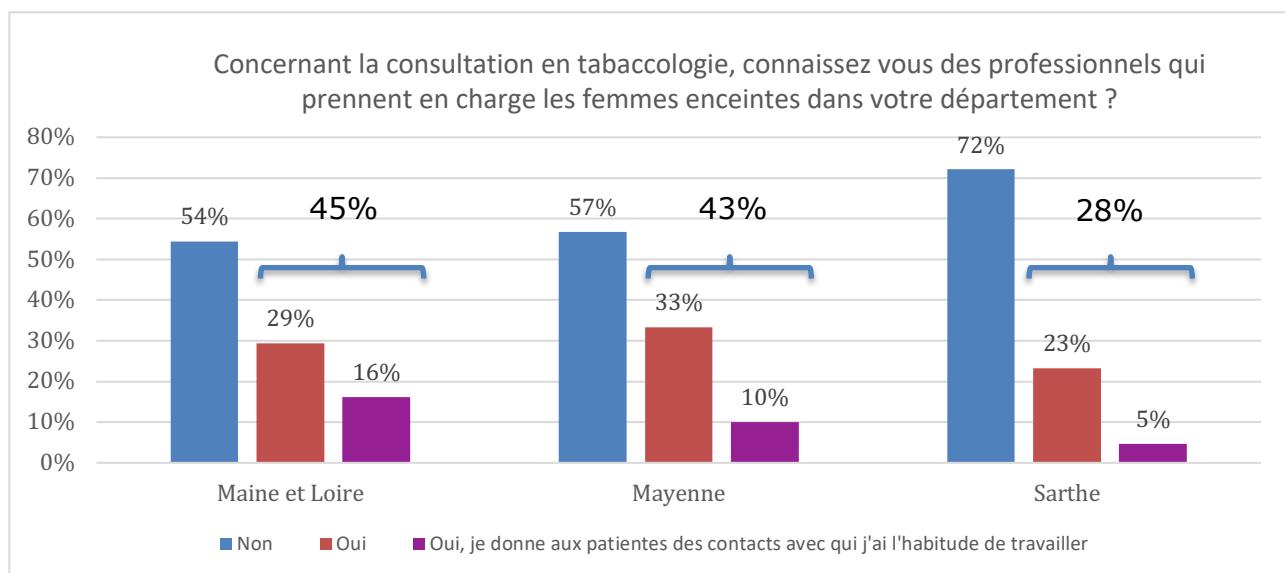


Figure 14 : Connaissance de professionnels en tabacologie selon le lieu d'exercice

## 5. Impact du nombre de patientes suivies

Le deuxième objectif secondaire visait à analyser l'impact du nombre de patientes suivies chaque mois par les médecins sur leur dépistage puis leur prise en charge du sevrage tabagique. Ils sont 11 à voir moins d'une patiente enceinte par mois, 116 à en voir entre une et cinq, 11 qui en rencontrent entre six et dix et 4 qui en suivent plus de dix (Tableau I).

Le dépistage semble plus systématique pour les médecins rencontrant le plus de patientes. Cette différence n'a pas pu être démontrée statistiquement ( $p=0,36$ ) devant le peu d'effectif et la disparité dans chaque groupe. On remarque également que moins les médecins voient de patientes enceintes, moins ils ont tendance à questionner le statut tabagique de la patiente, en effet 18% ( $n=2$ ) du groupe voyant moins d'une patiente par mois déclare ne jamais poser la question. Cette différence n'a également pas pu être démontrée statistiquement ( $p=0,57$ ).

Pour ce qui est des médecins questionnant les patientes à l'entretien préconceptionnel, à la première consultation de suivi ou à un autre moment du suivi de la patiente, les réponses ne montrent pas de tendance liée au nombre de patientes suivies (Figure 15).

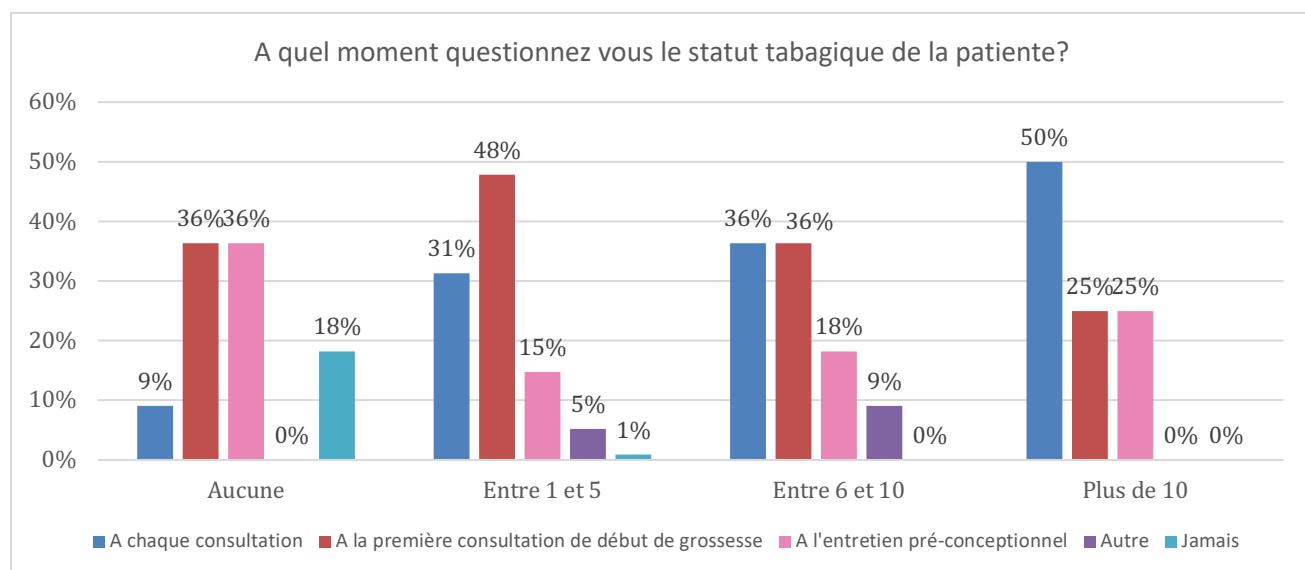


Figure 15 : Dépistage du tabagisme selon le nombre de patiente suivie

Ensuite, concernant les conseils de sevrage, la majorité des médecins préconisent un arrêt total du tabagisme dans les groupes voyant régulièrement des patientes enceintes. L'analyse des données n'a pas permis de retrouver de différence statistiquement significative  $p=0,063$ .

Pour la réduction du tabagisme, ce sont les médecins recevant le moins de patientes enceintes qui le recommandent le plus. Il n'y a également pas de différence statistiquement significative  $p=0,38$  (Figure 16).

Il est à noter que la question était à choix multiples.

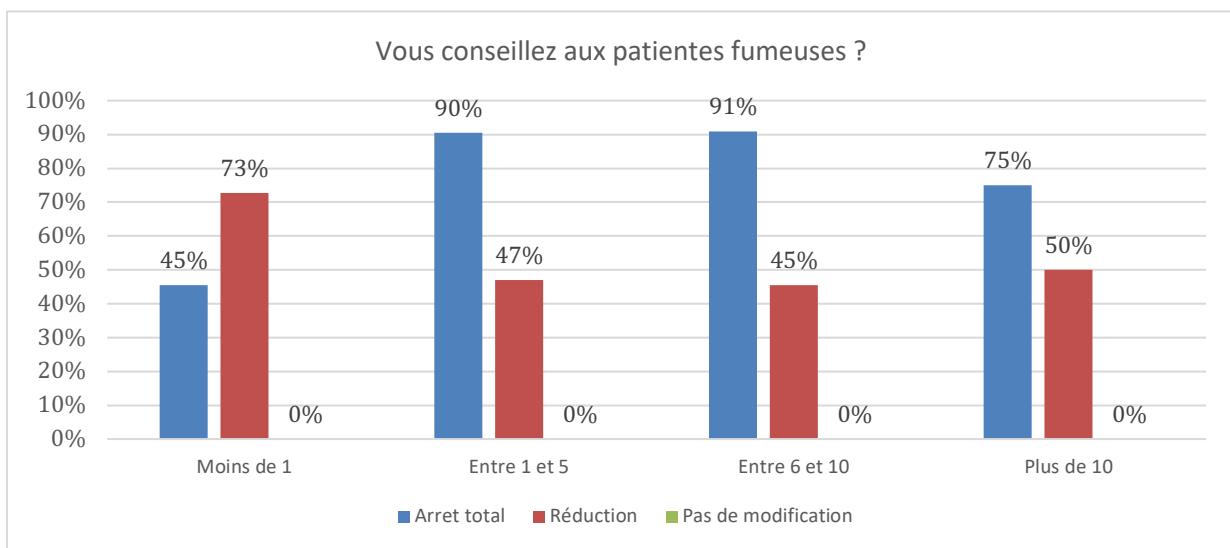


Figure 16 : Conseils de sevrage selon le nombre de patientes suivies

Ces catégories de médecins, selon le nombre de patientes enceintes suivies mensuellement, ont été interrogés sur leurs stratégies de sevrage tabagique.

Dans tous les groupes, la majorité des médecins recommandent les substituts nicotiniques.

Concernant la consultation en tabacologie les réponses varient, les groupes suivant un nombre intermédiaire de patientes enceintes sont plus propices à proposer cette consultation. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les groupes  $p=0,28$ .

Pour la TCC, les réponses sont également variables entre les groupes sans tendance retrouvée dans leur répartition. Là encore, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence ( $p = 0,52$ ) (Figure 17).

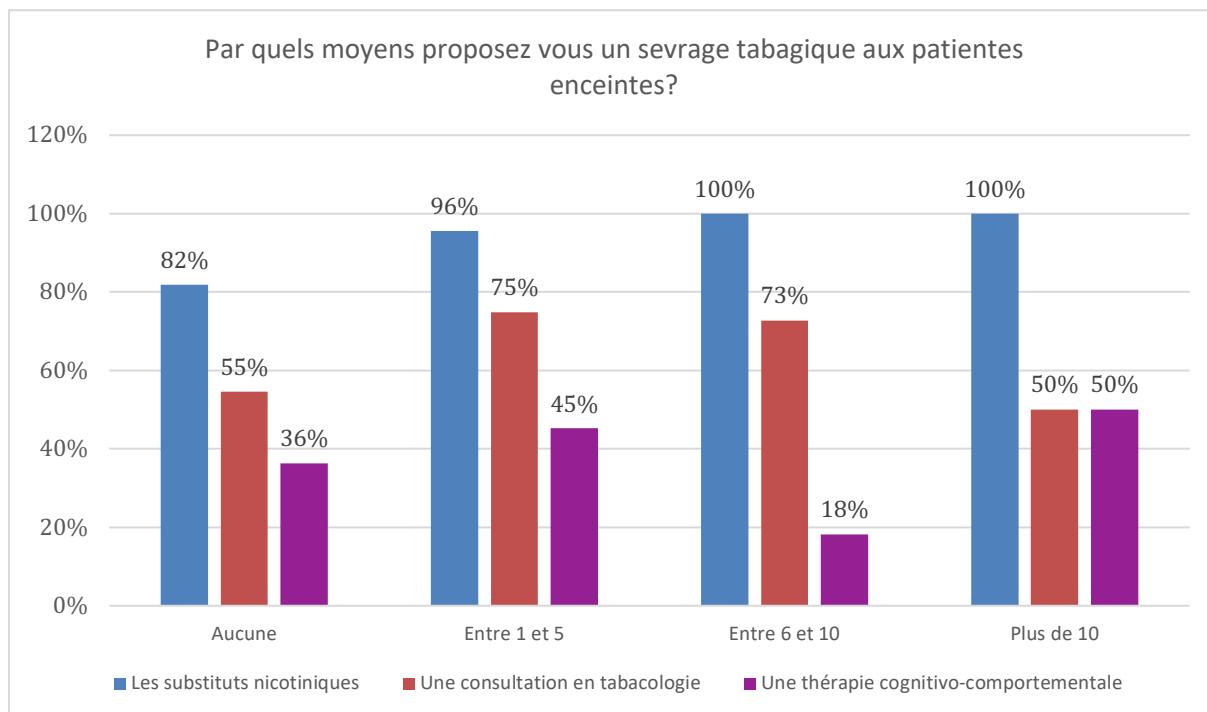


Figure 17 : Conseils de prise en charge selon le nombre de patientes suivies

## 6. Impact de la formation en tabacologie

Parmi les répondants, 21% ( $n=30$ ) déclarent avoir suivi au moins une formation médicale continue (FMC) abordant le tabagisme chez la femme enceinte (Tableau 1).

Pour ce qui est de l'impact de la formation sur la prise en charge du sevrage tabagique, presque la totalité des deux groupes, respectivement 95% ( $n=105$ ) pour les non formés et 97% ( $n= 29$ ) pour les formés, signalent utiliser des substituts nicotiniques. Il y a plus de recours à la consultation de tabacologie par les médecins formés, ils sont 87% ( $n=26$ ) à les recommander contre 68% ( $n=76$ ) pour les non formés. Cette différence n'est pas statistiquement significative ( $p=0,06$ )

Pour les demandes de TCC, il n'y a pas de différences de recommandation entre les groupes formés et non. Seuls les médecins sans formation ont recours aux infirmières

Azalées. Cette différence n'a pas été démontrée comme statistiquement significative ( $p=0,34$ ) (Figure 18).

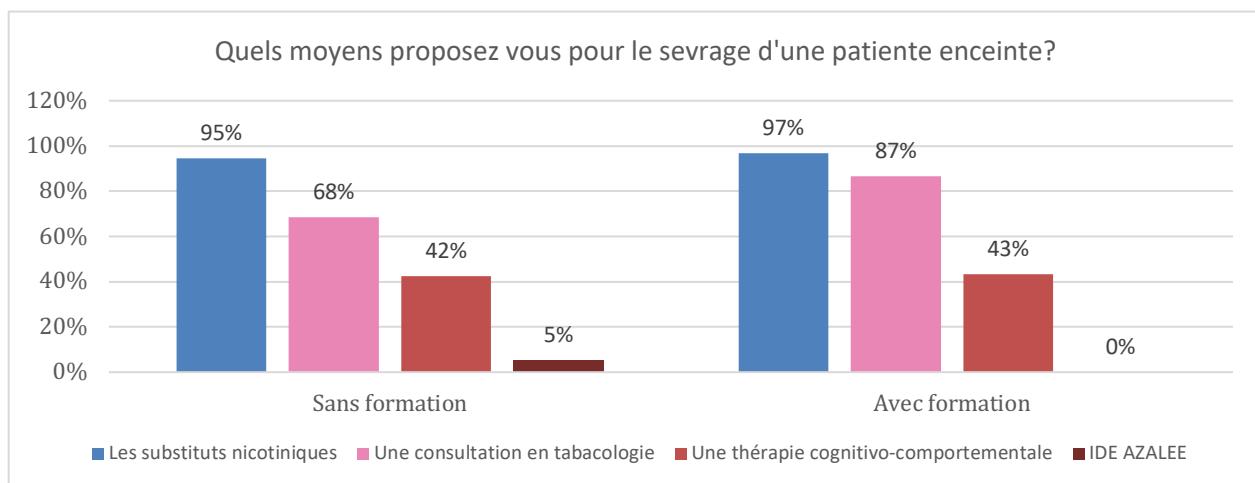


Figure 18 : Prise en charge selon la formation en tabacologie du médecin

## 7. Freins à la prise en charge

La dernière partie du questionnaire vise à identifier les obstacles rencontrés par les médecins dans la prise en charge du sevrage tabagique chez les femmes enceintes.

Quand on leur demande s'ils se sentent à l'aise de proposer un sevrage tabagique à une patiente enceinte 90 % ( $n = 127$ ) sont affirmatifs et 24 % ( $n = 34$ ) affirment aussi ne rencontrer aucun obstacle pour aider une patiente à se sevrer.

Parmi les freins, les plus souvent évoqués sont le manque de motivation de la patiente elle-même et le manque de temps en consultation. Viennent ensuite le manque de formations sur le sujet et sur les effets des traitements dans cette population de patientes, le fait de ne pas rencontrer suffisamment de patientes enceintes pour se sentir suffisamment à l'aise avec cette prise en charge, le peu de ressource ou de disponibilité des professionnels sur le territoire et l'absence de cotation dédiée. Le statut tabagique du médecin lui-même n'est que très rarement rapporté comme un frein dans la prise en charge des patientes (Figure 19).

Quels sont vos freins pour proposer un sevrage tabagique à une femme enceinte ?

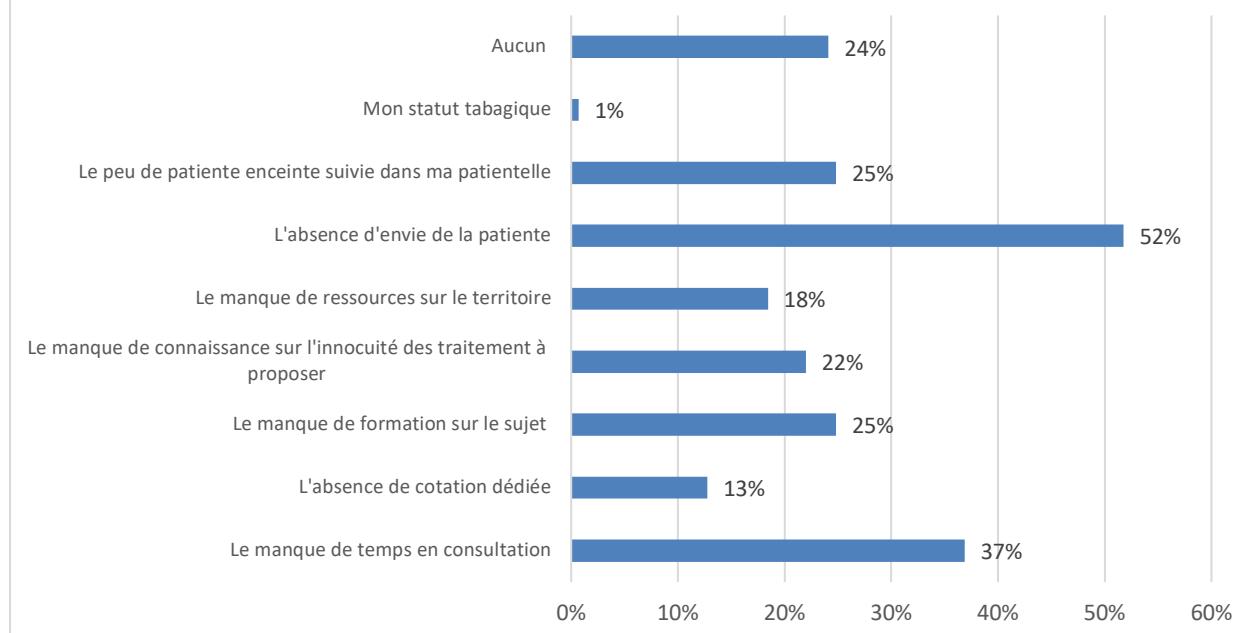


Figure 19 : Freins à la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte

Par ailleurs, 6 % des médecins font appel aux infirmières Azalée en raison du manque de spécialistes dans leur département ou du manque de temps pour se consacrer à cette prise en charge, et 4 % des médecins rapportent ne pas avoir accès à la TCC dans les délais souhaités dans leur région.

# **DISCUSSION**

## **1. Forces de l'étude**

Plusieurs thèses abordent le dépistage du tabagisme et les outils disponibles pour proposer un sevrage tabagique (27–29). Ce travail de thèse vient compléter celles-ci en abordant le sujet également sous l'angle des pratiques concrètes en médecine générale et sur les difficultés auxquelles les médecins sont confrontés. Le questionnaire a été réalisé en se basant sur les recommandations des sociétés savantes. Cette étude est pertinente sur le plan clinique car elle rapporte les différences entre les territoires et l'impact de la patientèle sur la pratique. Elle regroupe également les freins ne permettant pas d'obtenir une prise en charge optimale et donne des pistes pour permettre une amélioration du parcours de soin des patientes.

Ce qui fait l'originalité de cette étude est qu'elle interroge les médecins en pratique ambulatoire là où la plupart des études sur le sujet rapportent des recommandations, des essais hospitaliers ou bien interrogent des gynécologues ou des sages femmes (28,30–32).

Le fait d'inclure à la fois des médecins installés avec plusieurs années d'expérience et des internes permet d'obtenir des réponses qui, d'une part, reflètent des pratiques récentes axées sur la théorie et confrontées aux difficultés de la réalité de la pratique, et d'autre part, reposent sur l'expérience accumulée au fil des années, offrant des stratégies pour surmonter ces difficultés.

La réalisation d'un questionnaire incluant des questions ouvertes et des possibilités de soumettre une réponse non proposée, permet d'obtenir des résultats représentatifs de la diversité des dynamiques médecin-patient et de ne pas orienter le sujet interrogé vers une réponse définie.

## **2. Faiblesses de l'étude**

La principale faiblesse de cette étude est le biais de réponse lié au mode de recueil des données par diffusion électronique du questionnaire. Les médecins les plus intéressés et les plus formés sur le sujet sont plus susceptibles de répondre. Ce biais a été limité par le choix de cibler dans la population d'étude uniquement les maitres de stage universitaires et les internes car la diffusion aux autres médecins aurait été moindre du fait de la difficulté à envoyer les questionnaires en dehors de la faculté. Nous ne pouvons donc pas affirmer que les résultats de l'étude sont extrapolables à l'ensemble des pratiques des médecins de la région.

Les questions ouvertes du questionnaire constituent à la fois une force et une limite du fait qu'elles diminuent la part de réponses pour chaque proposition et compliquent l'analyse des résultats en ne permettant pas de mettre en évidence de différence significative. Pour permettre d'améliorer le nombre de résultats significatifs, un questionnaire avec des réponses fermées de type oui/non aurait pu être utilisé mais aurait majoré le risque d'induire une tendance dans les réponses des médecins et aurait donc nuit à la validité de celles-ci. Une autre option aurait été de réaliser une étude qualitative plutôt que quantitative pour recueillir les pratiques de chaque médecin de manière indépendante.

Pour ce qui est des analyses en sous-groupes, peu de résultats ont montré des différences statistiquement significatives, probablement en lien avec un manque de puissance occasionné soit par une répartition non homogène de la population (comme pour les lieux d'internat) soit par le nombre insuffisant dans chaque sous-groupe (comme dans la répartition selon le nombre de patientes suivies mensuellement).

Enfin, un biais de déclaration est possible sur les questions concernant notamment les changements de pratiques au cours du temps car beaucoup d'internes ont pu répondre à ces questions sans recul suffisant pour observer une modification de leur manière d'exercer.

### **3. Population de l'étude**

Concernant la population de l'étude, notre échantillon est composé principalement de femmes (78%) et de médecins de moins de 40 ans (71%). La démographie des médecins généralistes actuels dans les Pays de la Loire retrouve plutôt un effet inverse avec une part de médecins de moins de 35 de seulement 19% et une répartition homme femme homogène (33). Le nombre de femmes dans notre population est expliqué par une plus grande part de celles-ci chez les médecins de moins de 40 ans. Deux facteurs peuvent expliquer cette différence, le premier est l'intégration des internes dans cette étude qui diminue la moyenne d'âge de notre population, mais aussi le biais de sélection causé par un attrait plus grand pour le sujet chez les répondants. En effet la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) rapportait que les suivis de grossesses en médecine générale sont principalement assurés par des femmes de moins de 40 ans (23).

### **4. Analyse de l'objectif principal**

Les recommandations les plus actualisées qui concernent la prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte, émanent du CNGOF. Il est précisé que ces recommandations ne sont pas « médicalement opposables » et font office d'information. Chaque médecin ou autre professionnel en lien avec la prise en charge d'une patiente est libre de les adapter ou de ne pas les appliquer en fonction des spécificités cliniques de chaque situation. Chacune de leurs explications est gradée selon son niveau de preuve permettant de guider les praticiens vers les outils les plus concrets et efficaces pour accompagner leurs patientes (25).

Parmi ces recommandations, le dépistage précoce du tabagisme chez la patiente et son conjoint est présenté comme une étape essentielle. Dans notre étude, ce dépistage est fait par 98% des répondants. Ils sont 45% à demander le statut tabagique de la patiente à la première consultation de grossesse, puis un tiers à le demander à chaque

consultation. Ces chiffres concordent avec une étude réalisée en 2015, interrogeant des médecins généralistes français de diverses régions. Celle-ci retrouvait un taux de dépistage équivalent au notre (34). Du côté des patientes, la perception semble relativement concordante : selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2021, 91,9 % des femmes déclarent avoir été questionnées sur leur consommation tabagique durant leur grossesse. Ce chiffre marque une progression notable par rapport à l'enquête précédente, réalisée en 2016, où elles n'étaient que 79,8 % à rapporter ce questionnement. Ces données traduisent une amélioration progressive des pratiques de repérage du tabagisme au fil des années, dans un contexte de sensibilisation croissante aux risques liés au tabac (7).

Parmi nos répondants, seulement un tiers déclare systématiquement interroger les consommations tabagiques du conjoint de la patiente. Aucune étude n'a été retrouvée pour comparer ces chiffres et mettre en avant ce type de dépistage, bien qu'il constitue un enjeu majeur dans la prise en charge du tabagisme durant la grossesse. L'implication du conjoint est pourtant essentielle : une étude de cohorte espagnole publiée dans le Journal international d'Obstétrique et de Gynécologie a mis en évidence que la présence d'un partenaire fumeur réduisait significativement les chances pour une femme enceinte de réussir son sevrage tabagique. Ces résultats soulignent l'importance de repérer précocement le statut tabagique non seulement de la patiente, mais également de son conjoint. Il a également été observé que si la consommation de tabac diminue chez les femmes enceintes au cours des deux premiers trimestres de grossesse, les tentatives de sevrage sont moindres au troisième trimestre, avec un risque accru de rechute. Une intervention précoce auprès des deux membres du couple pourrait donc maximiser les chances de sevrage durable pour la patiente (35).

Les bénéfices et la réduction des risques pour l'enfant à naître sont les arguments les plus utilisés par les médecins interrogés afin d'inciter les patientes à réaliser un sevrage tabagique. En effet, ils sont plus de 80% à le mettre en avant. Ensuite, près de la moitié

rapporte les bénéfices pour la patiente. Cette stratégie semble pertinente, comme le confirme encore une fois l'Enquête Nationale Périnatale de 2021, où 99,3 % des femmes ayant réduit ou cessé leur consommation tabagique durant la grossesse déclarent avoir été motivées par la protection de leur enfant, tandis que 55,9 % citent également leur propre santé comme un facteur déterminant (7).

Pour ce qui est des recommandations en termes d'objectifs de sevrage, 89% des médecins de notre étude recommandent un sevrage total du tabac à leurs patientes tandis que 51% conseillent une simple diminution. Ces résultats sont globalement en accord avec ceux mis en avant par l'étude de cohorte espagnole dans laquelle environ 90 % des professionnels de santé interrogés prônent un sevrage total. En revanche, seuls 10 % d'entre eux recommandent une réduction de la consommation, un taux bien inférieur à celui observé dans notre enquête. Cette divergence peut s'expliquer par la méthodologie : dans notre étude, les répondants avaient la possibilité de cocher plusieurs options, ce qui a pu amener certains à indiquer à la fois l'arrêt complet et la diminution comme stratégies envisagées (34). Une méta analyse réalisée aux Etats-Unis en 2006 souligne que trois quarts des fumeurs préfèrent un sevrage progressif, impliquant une réduction de leur consommation, que celle-ci soit envisagée comme une étape vers l'arrêt complet ou sans objectif d'abstinence immédiate. Ce constat est particulièrement pertinent dans le cadre du suivi des patientes enceintes car, une diminution, même partielle du tabagisme associée à l'usage des substituts nicotiniques apporte déjà des bénéfices, tant pour la santé de la patiente que pour celle de son enfant. Dans notre population d'étude, seuls 3% des médecins interrogés déclarent adapter leur prise en charge aux préférences exprimées par la patiente. Il paraît intéressant de majorer cette part tout en continuant de promouvoir comme objectif final, un sevrage total (36).

Le principal outil permettant d'objectiver la consommation de tabac et d'en évaluer le niveau est la mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré. À notre connaissance,

aucune étude n'a démontré d'effet bénéfique de cet outil sur le taux de sevrage chez les patients régulièrement contrôlés. Toutefois, les recommandations des sociétés savantes le préconisent en raison de son caractère peu invasif et de son potentiel à sensibiliser les patientes à leur niveau d'intoxication tabagique (9,25). L'étude T-CAFE, menée au CHU de Limoges entre 2019 et 2021, n'a pas mis en évidence d'amélioration du taux de sevrage chez les patientes soumises à un suivi régulier du CO. Cependant, elle a révélé des poids de naissance plus élevés et un niveau d'intoxication réduit chez les nouveau-nés des patientes testées, suggérant ainsi une prise de conscience et une influence positive de ce suivi sur la consommation tabagique (31). Dans notre étude seulement 3% des médecins signalent utiliser cet outil. Une formation des médecins à son utilisation lors de FMC pourrait favoriser son utilisation et par conséquent renforcer la sensibilisation et la motivation des patientes.

Pour ce qui est des traitements utilisés, 95% de notre population d'étude, rapporte prescrire des substituts nicotiniques et 28% les associent entre eux. L'utilisation combinée de ces substituts semble présenter plusieurs avantages. Elle permet notamment aux patientes d'expérimenter différentes formes de TNS et d'identifier celles qui s'intègrent le mieux dans leur mode de vie, favorisant ainsi une meilleure observance du traitement. Aussi, il a été démontré que l'association de substituts nicotiniques augmente les chances de sevrage tabagique, contrairement à l'utilisation d'une seule forme, dont l'efficacité n'a pas été établie chez les femmes enceintes (37,38). Ce phénomène pourrait s'expliquer par l'accélération du métabolisme de la nicotine durant la grossesse. Ainsi, il semble pertinent de privilégier une approche combinée chez la femme enceinte, en associant un substitut à libération prolongée, comme les patchs, à un substitut à libération rapide, tel que les gommes ou les pastilles, afin de soulager les envies de fumer ponctuelles et de favoriser le maintien du sevrage. La prise en charge non médicamenteuse joue également un rôle important dans le sevrage tabagique, la TCC est recommandée en première intention chez la femme

enceinte, avant même l'utilisation des substituts nicotiniques. Elle est particulièrement mise en avant pour les fumeurs présentant un syndrome anxieux influençant leur consommation de tabac. Pourtant, dans notre étude, seuls 43 % des médecins la recommandent à leurs patientes, tandis que l'hypnose est conseillée par 62 % d'entre eux. La majorité des praticiens interrogés préconisent un suivi par un tabacologue, probablement afin d'assurer une prise en charge globale et adaptée aux besoins de la patiente. Ce suivi semble particulièrement bénéfique en cas d'échec des premières recommandations, puisque l'observance des consultations tabacologiques a été associée à un taux de sevrage plus élevé : plus les consultations sont fréquentes, plus le sevrage est efficace (39).

Par ailleurs, deux tiers des médecins interrogés déclarent ne pas connaître de spécialiste prenant en charge les femmes enceintes dans leur territoire soit par manque de professionnels soit en lien avec des délais trop importants de prise en charge. Ces difficultés font écho aux chiffres de la DREES, qui indique que trois quarts des médecins rencontrent des obstacles pour adresser leurs patients à des spécialistes, que ce soit en raison des délais, de la distance ou du coût des consultations (40). Dans les Pays de la Loire, la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) addictologie a mis en place un annuaire par département, recensant les structures prenant en charge les patients souffrant d'addictions. Cet annuaire intègre des pictogrammes précisant les types de patients concernés par chaque structure (femmes enceintes, adolescents, etc.). Les pages relatives aux trois départements de l'Anjou sont disponibles en annexe (Annexe 3).

Pour pallier ces difficultés, certains médecins généralistes collaborent avec des infirmières Asalées, ils sont 6% dans notre étude à leur adresser directement des patientes. Bien qu'aucune étude, à notre connaissance, n'ait démontré l'efficacité de cette prise en charge dans le cadre du sevrage tabagique, une thèse qualitative rapporte le ressenti positif des patients suivis par ces infirmières. Ces derniers expriment leur

satisfaction quant au temps d'entretien prolongé, qui leur permet d'aborder plus librement certains sujets et de se sentir davantage écoutés (41).

## 5. Analyse des objectifs secondaires

### 5.1. Impact des lieux d'études et d'exercice sur les adressages

L'un des objectifs secondaires est de déterminer l'impact du lieu d'étude et du lieu d'exercice sur l'orientation des patientes vers des spécialistes en tabacologie. Certains médecins peuvent ne pas se sentir à l'aise ou manquent de temps pour assurer eux même un sevrage tabagique pour leurs patientes enceintes. Il est aussi possible que le sevrage soit difficile à obtenir malgré la motivation de la patiente. Le recours au tabacologue dans cette situation prend alors tout son sens dans la continuité du parcours de soins.

Dans notre étude, les médecins ayant débuté leur cursus médical à la Faculté d'Angers (externat) sont plus enclins à connaître des spécialistes locaux et à orienter directement leurs patientes vers eux, comparativement à ceux formés dans d'autres facultés. En revanche, aucune différence significative n'a été observée en fonction du lieu d'internat, probablement en raison d'un manque de puissance statistique lié à la répartition inégale des répondants.

Par ailleurs, aucune différence dans les adressages n'a également été mise en évidence entre les départements étudiés (Maine et Loire, Mayenne et Sarthe).

Ces constats font écho aux difficultés d'adressage évoquées précédemment. Une étude menée dans la région lyonnaise a révélé que près d'un tiers des médecins n'a pas de réseau de tabacologie, et que parmi ceux connaissant des professionnels, beaucoup n'orientent pas leurs patientes en raison de délais d'attente trop longs ou de distances géographiques peu compatibles avec la situation des patientes (42).

Pour pallier cette problématique, une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) a mis en place un protocole local, basé sur les recommandations du CNGOF en vue de

proposer un accompagnement global à travers une équipe pluridisciplinaire (médecins, sage-femmes, diététiciennes, infirmières Asalée). Ce dispositif fait l'objet d'une évaluation financée par l'ARS locale (43). Si ce type de protocole s'avère efficace, il pourrait être pertinent, notamment dans des territoires isolés, dépourvus de spécialistes accessibles, pour des patientes non motorisées ou souhaitant conserver un suivi avec leur médecin traitant. Certaines MSP intègrent directement les spécialistes dans leur fonctionnement en équipe, renforçant ainsi le lien ville-hôpital et facilitant la concertation autour des cas complexes (44). Ce type d'organisation tend à se développer en médecine ambulatoire, contribuant à un parcours de soins plus cohérent et efficace.

## **5.2. Impact du nombre de patientes enceintes suivies sur la prise en charge**

Nous avons observé une tendance à un questionnement plus systématique du tabagisme chez les patientes enceintes de la part des médecins qui en suivent le plus fréquemment, bien que cette tendance n'ait pas atteint de seuil de significativité statistique. Concernant les recommandations de sevrage et les prises en charge non médicamenteuses, aucune différence notable n'a été mise en évidence entre les différents groupes de praticiens. Les substituts nicotiniques restent, quant à eux, largement utilisés dans l'ensemble des groupes. Le faible effectif dans chaque sous-groupe a probablement limité la puissance statistique, ne permettant pas de révéler d'éventuelles différences. Un autre facteur potentiel est la répartition géographique : les patientes vivant loin des spécialistes s'orientent plus naturellement vers leur médecin généraliste, même si celui-ci n'a pas reçu de formation spécifique dans le suivi de grossesse. À l'inverse, certains médecins formés et motivés pour assurer ce type de suivi sont moins sollicités lorsqu'ils exercent dans des zones où l'accès aux gynécologues ou aux sage-femmes est plus aisé.

Ce constat semble toutefois contredire les données de la DREES, qui indiquent que les médecins généralistes recevant le plus souvent des patientes enceintes sont également les plus susceptibles d'avoir été formés au suivi de grossesse (23).

### **5.3. Impact de la formation sur la prise en charge**

Dans notre étude, les médecins considérés comme « formés », ont soit effectué une FMC sur le sujet du tabagisme chez la femme enceinte soit un diplôme universitaire (DU) ou diplôme inter universitaires (DIU) en tabacologie ou en gynécologie. Bien qu'une tendance semble indiquer que ces médecins orientent davantage leurs patientes vers un tabacologue et prescrivent plus fréquemment des substituts nicotiniques, les tests statistiques n'ont pas permis de démontrer une différence significative.

Fait intéressant, seuls les médecins non formés déclarent faire appel aux infirmières Azalées. Cela pourrait s'expliquer par le recours à des professionnels perçus comme mieux formés ou disposant de plus de temps pour assurer un suivi sans forcément avoir de connaissance sur les spécialistes en tabacologie.

L'absence de différence significative entre les deux groupes peut s'interpréter en s'intéressant au profil des participants à l'étude, majoritairement constitués de maîtres de stage universitaire et d'internes. Ces derniers sont en effet plus enclins à être à jour des dernières recommandations. En effet, il a été démontré que les maîtres de stage universitaires, depuis leur engagement dans la formation des internes, ont tendance à remettre plus fréquemment leurs pratiques en question, actualiser leurs connaissances et se former sur une diversité de thématiques (45). Cette dynamique souligne l'importance d'une actualisation régulière des savoirs pour tous les médecins, et renforce la nécessité du développement professionnel continu, particulièrement dans des domaines variés de la médecine générale souvent peu abordés dans nos cursus principalement hospitaliers.

## **5.4. Freins à la prise en charge des patientes enceintes fumeuses**

Dans cette dernière partie de discussion, nous nous intéressons aux obstacles identifiés par les médecins concernant la mise en œuvre d'un sevrage tabagique chez une femme enceinte. Bien que 90% des médecins de notre échantillon se disent à l'aise pour proposer un sevrage dans ce contexte, l'analyse des difficultés rencontrées dans la pratique met en lumière des freins pour sa réalisation. Plusieurs sont évoqués de façon récurrente :

Le principal obstacle mentionné par plus de la moitié des participants rapporte le manque de motivation de certaines patientes elles-mêmes, qui reste un facteur très important d'échec du sevrage. Ce constat est partagé par une étude réalisée en Roumanie portant sur l'amélioration de la prise en charge du sevrage tabagique chez les femmes enceintes par des médecins généralistes, où près de 40% des praticiens faisaient état de difficultés similaires liées au manque de motivation des patientes (46).

Cette étude rapportait également des difficultés en lien avec le manque de temps en consultation et le manque de formation sur le sujet, et notamment sur l'innocuité des traitements à proposer chez une femme enceinte. Ces problématiques reviennent également dans plusieurs autres études sur le sujet (40,47) et se reflètent également dans notre étude : environ un tiers des médecins interrogés rapportent une contrainte temporelle, tandis qu'un quart évoquent un manque de connaissances ou de formation sur le sujet. Il est à noter que ces deux aspects sont souvent liés, car de nombreux médecins expriment le souhait de se former pour améliorer leur prise en charge, mais se heurtent au manque de temps nécessaire pour suivre ces formations (40).

Ces constats soulèvent une question : ne serait-il pas pertinent d'investir du temps dans la formation, afin de pouvoir, à terme, optimiser les consultations, mieux informer et accompagner les patientes, et ainsi gagner en efficacité ?

Enfin, un autre frein significatif mentionné par près d'un quart des répondants, concerne le manque de spécialiste sur le territoire et les délais d'accès trop longs pour orienter

les patientes. En effet des délais de plusieurs mois qui pourraient paraître tolérables pour prendre en charge un fumeur de longue date, paraissent démesurés lorsqu'il s'agit d'une patiente enceinte pour qui le temps imparti pour le sevrage n'est pas extensible. Ceci entraînerait une perte de chance pour la mère comme pour l'enfant. Ce constat fait écho aux enjeux liés à l'adressage, déjà évoqué plus tôt dans cette étude et également documenté dans d'autres travaux menés dans différents territoires en France (40,42).

## **CONCLUSION**

De nombreuses femmes débutent leur sevrage tabagique à l'occasion d'une grossesse. Il est donc essentiel d'optimiser la prise en charge du sevrage par les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes qui occupent une position centrale dans le suivi des patientes. Dans le contexte actuel du système de santé, les généralistes montrent une implication croissante dans la lutte contre le tabagisme chez les femmes enceintes, que ce soit par une prise en charge directe ou avec l'aide d'autres professionnels. Toutefois, des freins subsistent, notamment le manque de temps en consultation et de ressources adaptée qui compromettent l'optimisation de la prise en charge et risquent d'infléchir la tendance de baisse du tabagisme observée chez les femmes enceintes. Des pistes d'amélioration semblent se dessiner dans certaines MSP qui développent des initiatives locales, telles que des parcours de soins coordonnés, pour compenser l'absence de spécialistes et améliorer l'accompagnement des patientes. Ces démarches soulignent la nécessité de renforcer les compétences des médecins généralistes, dès la formation initiale et tout au long de leur carrière. Par ailleurs, il semble important de former les médecins de manière plus importante notamment sur les traitements utilisables pendant la grossesse, au même titre qu'il est abordé la possibilité d'utilisation de la plupart des traitements chez les insuffisants rénaux, les enfants ou les personnes âgées.

En définitive, l'amélioration de la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte passe par une approche multidimensionnelle : formation des soignants, accessibilité des ressources, temps médical dédié, et reconnaissance institutionnelle de cette problématique de santé publique majeure.

## BIBLIOGRAPHIE :

1. Tabac info service [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/>
2. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Beck F, Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans. Bull Épidémiol Hebd 2023;(9-10):152-8 [Internet]. [cité 3 nov 2023]; Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023\\_9-10\\_0.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023_9-10_0.html)
3. Le Faou AL. Éditorial. Contre le tabac, ne lâchons rien ! Bull Épidémiol Hebd 2023;(9-10):150-1 [Internet]. [cité 3 nov 2023]; Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-31-mai-2023-n-9-10-journee-mondiale-sans-tabac-31-mai-2023>
4. Pasquereau A., Guignard R., Andler R., Le Nézet O., Spilka S., Obradovic I., Airagnes G., Beck F., Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme en France hexagonale en 2023 parmi les 18-75 ans, résultats de l'édition 2023 de l'enquête EROPP de l'OFDT. Le point sur, novembre 2024. [Internet]. Santé publique France; [cité 6 mai 2025] p. 7. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/enquetes-etudes/prevalence-du-tabagisme-en-france-hexagonale-en-2023-parmi-les-18-75-ans>
5. Chiffres-clés Tabagisme - ORS Pays de la Loire [Internet]. [cité 3 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/tabcisme-en-pays-de-la-loire>
6. SPF. Bulletin de santé publique Pays de la Loire. Janvier 2019. [Internet]. [cité 3 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/pays-de-la-loire2/bulletin-de-sante-publique-pays-de-la-loire.-janvier-2019>
7. rapport périnatalité 2021 [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>
8. Demiguel V. Évolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en france en 2016 / evolution of tobacco use during pregnancy in france in 2016.
9. Conference de consensus grossesse et tabac 2004 [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Grossesse\\_tabac\\_long.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf)
10. Lambers DS, Clark KE. The maternal and fetal physiologic effects of nicotine. Seminars in Perinatology. 1 avr 1996;20(2):115-26.

11. Winbo I, Serenius F, Dahlquist G, Källén B. Maternal risk factors for cause-specific stillbirth and neonatal death. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2001;80(3):235-44.
12. Andres RL, Day MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Seminars in Neonatology*. 1 août 2000;5(3):231-41.
13. Honein MA, Rasmussen SA, Reefhuis J, Romitti PA, Lammer EJ, Sun L, et al. Maternal Smoking and Environmental Tobacco Smoke Exposure and the Risk of Orofacial Clefts. *Epidemiology*. 2007;18(2):226-33.
14. Källén K. Maternal smoking and craniosynostosis. *Teratology*. 1999;60(3):146-50.
15. Källén K. Maternal Smoking and Orofacial Clefts. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*. 1 janv 1997;34(1):11-6.
16. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and Benefits of Nicotine to Aid Smoking Cessation in Pregnancy: *Drug Safety*. 2001;24(4):277-322.
17. Billaud N. Quelles sont les autres conséquences à long terme du tabagisme in utero ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 avr 2005;34:234-40.
18. Berlin I. Risques associés au tabagisme maternel pendant la grossesse. Attention particulière aux conséquences postanatales. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 1 oct 2019;203(7):528-34.
19. Dempsey D, Jacob P, Benowitz NL. Accelerated Metabolism of Nicotine and Cotinine in Pregnant Smokers. *J Pharmacol Exp Ther*. 1 mai 2002;301(2):594-8.
20. Ekblad MO, Blanc J, Berlin I. La lettre SFT - Special Issue on the Effects of Prenatal Smoking/Nicotine Exposure on the Child's Health. *IJERPH*. 20 mai 2021;18(10):5465.
21. Le Houezec J. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac. *Revue Médicale Suisse*. 2003;61(2452):1845-8.
22. Gailly DJ. Validation CEBAM (Centre Belge d'Evidence Medicine) en mars 2005.
23. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes-dans-le-cadre-du>
24. Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, Rovina N, Vivilaki V, Gratiou C, et al. Smoking cessation in pregnancy: An update for maternitycare practitioners. *Tob Induc Dis* [Internet]. 2 août 2019 [cité

31 juill 2023];17(August). Disponible sur: <http://www.journalssystem.com/tid/Smoking-Cessation-in-Pregnancy-An-update-for-maternity-care-practitioners,109906,0,2.html>

25. Grangé G, Berlin I, Bretelle F, Bertholdt C, Berveiller P, Blanc J, et al. Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse—texte court.

Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 juill 2020;48(7):539-45.

26. Journée mondiale sans tabac 2020 / World No Tabacco Day 2020. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2020;

27. Aurélie M. Etat des lieux dans les pays de la loire de l'attitude preventive des medecins generalistes face au tabagisme de leurs patients.

28. Pierre A, Pierre A, Christophe A, Maurice A, Abdel-Rahmène A, Céline B, et al. Etat des lieux de l'abord des items psycho-socioéconomiques de l'entretien prénatal précoce chez la femme enceinte en mayenne. :39.

29. Hounvenou D. Évaluation des applications mobiles dans l'aide au sevrage tabagique chez la femme enceinte : revue de la littérature [Internet]. Angers: Université Angers; 2020. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/17011822/2020ODEMG12738/fichier/12738F.pdf>

30. Bertrand ML, Vegezzi MP, Ecoe R, Dietsch J. Tabac et grossesse : rôle des gynécologues obstétriciens et de l'équipe obstétricale. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 avr 2005;34:318-25.

31. Delcroix MH. Impact de la mesure du monoxyde de carbone (CO) sur l'arrêt du tabagisme de la femme enceinte : étude T-CAFE ; Impact du CO expiré sur les foetus en salle de naissance ; Grossesse extra-utérine (GEU) et tabac : lien causal, levier pour la prévention [Internet] [phdthesis]. Université de Limoges; 2022 [cité 1 avr 2025]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03934422>

32. Busch K. Grossesse et addictions : tabac, alcool, drogues, et médicaments : étude épidémiologique observationnelle descriptive monocentrique réalisée auprès de 42 sages-femmes hospitalières du CHR de Metz-Thionville de Janvier à Mars 2020 [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2020 [cité 20 mai 2025]. p. PPN : 262499355. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870506>

33. Démographie des médecins en Pays de la Loire - Février 2023 [Internet]. [cité 18 mars 2025].

Disponible sur:

[https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023\\_PDF/2023\\_%2342\\_MEDECINS.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023_PDF/2023_%2342_MEDECINS.pdf)

34. Andler R, Cogordan C, Pasquereau A, Buyck JF, Nguyen-Thanh V. The practices of French general practitioners regarding screening and counselling pregnant women for tobacco smoking and alcohol drinking. *Int J Public Health*. juin 2018;63(5):631-40.
35. Román-Gálvez RM, Amezcuá-Prieto C, Olmedo-Requena R, Lewis-Mikhael Saad AM, Martínez-Galiano JM, Bueno-Cavanillas A. Partner smoking influences whether mothers quit smoking during pregnancy: a prospective cohort study. *BJOG*. juin 2018;125(7):820-7.
36. Hughes JR, Callas PW, Peters EN. Interest in Gradual Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*. 1 juin 2007;9(6):671-5.
37. Brose LS, McEwen A, West R. Association between nicotine replacement therapy use in pregnancy and smoking cessation. *Drug and Alcohol Dependence*. oct 2013;132(3):660-4.
38. Bar-Zeev Y, Lim LL, Bonevski B, Gruppetta M, Gould GS. Nicotine replacement therapy for smoking cessation during pregnancy. *Medical Journal of Australia*. janv 2018;208(1):46-51.
39. Le Faou AL, Baha M. Tabagisme en France : état des connaissances pour une prise en charge efficace par les médecins. *La Presse Médicale*. 1 déc 2012;41(12, Part 1):1279-85.
40. Hélène Chaput, Martin Monziols (DREES), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE), Guillaume Chevillard, Julien Mousquès (IRDES), Lisa Fressard, Pierre Verger (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Marie-Christine Bournot, Jean-François Buyck, Anne Jolivet (ORS Pays de la Loire), Florence Zemour (URPS-ML Provence-Alpes- Côte d'Azur), Thomas Hérault (URML Pays de Loire). Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. *Etudes et Résultats [Internet]*. [cité 18 mars 2025]; Disponible sur :  
[https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel\\_mg\\_nat\\_PDF/2020\\_panel\\_mg\\_er\\_1140.pdf](https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PDF/2020_panel_mg_er_1140.pdf)
41. Sorel M. Quel est le point de vue des patients sur le suivi par une infirmière ASALÉE dans le cadre du sevrage tabagique? 25 avr 2019;39.
42. REVY Elsa-Line. La prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte par les médecins généralistes Maîtres de Stage Universitaires de l'Université Claude Bernard Lyon 1. Université Claude Bernard Lyon 1;
43. Girard E. Évaluer une prise en charge pluriprofessionnelle du sevrage tabagique en soins primaires chez les femmes enceintes. Élaboration d'un protocole de recherche. Maison de santé pluriprofessionnelle de

Gaillon. 26 sept 2019 [cité 18 mars 2025]; Disponible sur:

<https://policycommons.net/artifacts/15500855/evaluer-une-prise-en-charge-pluriprofessionnelle-du-sevrage-tabagique-en-soins-primaires-chez-les-femmes-enceintes/16394211/>

44. De Haas P. Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins.: La coordination du parcours en soins primaires : l'exemple des maisons de santé. Médecine des Maladies Métaboliques. 1 févr 2017;11(1):18-21.
45. Bufala M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste. 20 févr 2014 [cité 18 mars 2025]; Disponible sur: <https://policycommons.net/artifacts/15768291/maitrise-de-stage-et-developpement-professionnel-continu/16659090/>
46. Ruta F, Voidăzan S, Marginean C, Avram C, Sipos R, Molnar C, et al. Evidence-Based Practices to Promote Tobacco Cessation During Pregnancy in a Sample of Romanian General Practitioners. J Community Health. 1 juin 2020;45(3):440-5.
47. Okoli CTC, Greaves L, Bottorff JL, Marcellus LM. Health Care Providers' Engagement in Smoking Cessation With Pregnant Smokers. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 1 janv 2010;39(1):64-77.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France métropolitaine entre 2000 et 2023 .....	6
Figure 2 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France métropolitaine et dans les DROM en 2021 .....	7
Figure 3 : Répartition des médecins selon leur lieu d'externat .....	17
Figure 4 : Répartition des médecins selon leur lieu d'internat .....	17
Figure 5 : Interrogatoire de la patiente sur son statut tabagique.....	18
Figure 6 : Interrogatoire du statut tabagique du conjoint.....	19
Figure 7 : Interrogatoire sur la consommation des autres toxiques.....	19
Figure 8 : Arguments utilisés pour la motivation au sevrage.....	21
Figure 9 : Connaissance et utilisation des substituts nicotiniques .....	22
Figure 10 : Modification des prescriptions depuis le 1 janvier 2019.....	23
Figure 11 : Prise en charge non médicamenteuse proposée aux patientes .....	25
Figure 12 : Connaissance de professionnels en tabacologie selon le lieu d'externat.....	26
Figure 13 : Connaissance de professionnels en tabacologie selon le lieu d'internat .....	26
Figure 14 : Connaissance de professionnels en tabacologie selon le lieu d'exercice .....	27
Figure 15 : Dépistage du tabagisme selon le nombre de patientes suivies .....	28
Figure 16 : Conseils de sevrage selon le nombre de patientes suivies .....	29
Figure 17 : Conseil de prise en charge selon le nombre de patientes suivies.....	30
Figure 18 : Prise en charge selon la formation en tabacologie du médecin.....	31
Figure 19 : Freins à la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte.....	32

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Caractéristiques démographiques de la population étudiée ..... 16

# TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE .....	D
<b>INTRODUCTION :</b> .....	<b>5</b>
1. <i>Épidémiologie :</i> .....	6
2. <i>Effet du tabagisme pendant et après la grossesse.....</i>	8
3. <i>Dépistage.....</i>	10
4. <i>Recommandations en France .....</i>	11
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>13</b>
1. <i>Objectif de l'étude.....</i>	13
2. <i>Type d'étude et population .....</i>	13
3. <i>Questionnaire.....</i>	14
4. <i>Analyse des données.....</i>	14
<b>RESULTATS :.....</b>	<b>15</b>
1. <i>Caractéristiques démographiques et professionnelles des répondants :.....</i>	15
2. <i>Outils utilisés par les médecins pour la prise en charge du sevrage tabagique.....</i>	18
2.1. Interrogatoire de la patiente.....	18
2.2. Entretien motivationnel.....	20
2.3. Moyens médicamenteux.....	21
2.4. Moyens non médicamenteux.....	24
3. <i>Impact du lieu d'études.....</i>	25
4. <i>Impact du lieu d'exercice .....</i>	27
5. <i>Impact du nombre de patientes suivies.....</i>	28
6. <i>Impact de la formation en tabacologie .....</i>	30
7. <i>Freins à la prise en charge .....</i>	31

<b>DISCUSSION.....</b>	<b>33</b>
1. <i>Forces de l'étude .....</i>	33
2. <i>Faiblesses de l'étude.....</i>	34
3. <i>Population de l'étude.....</i>	35
4. <i>Analyse de l'objectif principal.....</i>	35
5. <i>Analyse des objectifs secondaires.....</i>	40
5.1. Impact des lieux d'études et d'exercice sur les adressages .....	40
5.2. Impact du nombre de patientes enceintes suivies sur la prise en charge.....	41
5.3. Impact de la formation sur la prise en charge.....	42
5.4. Freins à la prise en charge des patientes enceintes fumeuses.....	43
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>45</b>
<b>Bibliographie :</b> .....	<b>46</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>51</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>52</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>53</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>0</b>

# ANNEXES

## Annexe 1 : Questionnaire



### Partie A: Epidémiologie

A1. Vous êtes ?

- Une femme   
Un homme   
Non genre

A2. Vous êtes ?

- MSU en stage praticien de niveau 1   
MSU en SASPAS   
MSU en SAFE   
Interne en SAFE   
Interne en SASPAS   
Autre

Autre

A3. Quel âge avez vous?

A4. Votre statut tabagique ?

- Non fumeur   
Fumeur actif   
Ex - fumeur   
Autre

Autre

A5. Dans quelle subdivision avez-vous effectué votre **externat** ?

- |                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| Amiens           | <input type="checkbox"/> |
| Angers           | <input type="checkbox"/> |
| Besançon         | <input type="checkbox"/> |
| Bordeaux         | <input type="checkbox"/> |
| Brest            | <input type="checkbox"/> |
| Caen             | <input type="checkbox"/> |
| Clermont Ferrand | <input type="checkbox"/> |
| Dijon            | <input type="checkbox"/> |
| Grenoble         | <input type="checkbox"/> |
| Lille            | <input type="checkbox"/> |
| Limoges          | <input type="checkbox"/> |
| Lyon             | <input type="checkbox"/> |
| Antilles-Guyane  | <input type="checkbox"/> |
| La Réunion       | <input type="checkbox"/> |
| Marseille        | <input type="checkbox"/> |
| Montpellier      | <input type="checkbox"/> |
| Nancy            | <input type="checkbox"/> |
| Nantes           | <input type="checkbox"/> |
| Nice             | <input type="checkbox"/> |
| Poitiers         | <input type="checkbox"/> |
| Reims            | <input type="checkbox"/> |
| Rennes           | <input type="checkbox"/> |
| Rouen            | <input type="checkbox"/> |
| Saint Etienne    | <input type="checkbox"/> |
| Strasbourg       | <input type="checkbox"/> |
| Toulouse         | <input type="checkbox"/> |
| Tours            | <input type="checkbox"/> |
| Paris            | <input type="checkbox"/> |



**A6. Dans quelle subdivision avez vous effectué votre internat ?**

Amiens	<input type="checkbox"/>
Angers	<input type="checkbox"/>
Besançon	<input type="checkbox"/>
Bordeaux	<input type="checkbox"/>
Brest	<input type="checkbox"/>
Caen	<input type="checkbox"/>
Clermont Ferrand	<input type="checkbox"/>
Dijon	<input type="checkbox"/>
Grenoble	<input type="checkbox"/>
Ile de France	<input type="checkbox"/>
Lille	<input type="checkbox"/>
Limoges	<input type="checkbox"/>
Lyon	<input type="checkbox"/>
Marseille	<input type="checkbox"/>
Antilles - Guyane	<input type="checkbox"/>
La réunion	<input type="checkbox"/>
Montpellier	<input type="checkbox"/>
Nancy	<input type="checkbox"/>
Nantes	<input type="checkbox"/>
Nice	<input type="checkbox"/>
Poitier	<input type="checkbox"/>
Reims	<input type="checkbox"/>
Rennes	<input type="checkbox"/>
Rouen	<input type="checkbox"/>
Saint Etienne	<input type="checkbox"/>
Strasbourg	<input type="checkbox"/>
Toulouse	<input type="checkbox"/>
Tours	<input type="checkbox"/>
Paris	<input type="checkbox"/>

**A7. Dans quel département exercez-vous ?**

Maine et Loire	<input type="checkbox"/>
Mayenne	<input type="checkbox"/>
Sarthe	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Autre

## Partie B: Dépistage et sevrage du tabac

**B1. Quel nombre de femmes enceintes voyez-vous par mois en moyenne ?**

Aucune



- Entre 1 et 5   
 Entre 5 et 10   
 Plus de 10

**B2. Vous posez la question du statut tabagique d'une femme enceinte ?**

- Jamais   
 A l'entretien pré-conceptionnel   
 A la première consultation de début de grossesse   
 A chaque consultation   
 Autre

Autre

**B3. Vous posez la question du statut tabagique du conjoint ?**

- Jamais   
 Si la patiente est fumeuse   
 Si la patiente essaye d'arrêter de fumer   
 Systématiquement   
 Autre

Autre

**B4. Vous posez la question des autres toxiques (drogues, alcools...)**

- Jamais   
 Si la patiente est fumeuse   
 Systématiquement   
 Autre

Autre

**B5. Quels arguments mettez vous en avant pour aider la motivation de la patiente ?**

- L'amélioration de la capacité respiratoire   
 La diminution du risque cardio-vasculaire   
 La diminution du risque de cancer pulmonaire   
 L'amélioration de la fertilité   
 Le mieux être du foetus



- La diminution des risques pour un nouveau né   
 Les économies réalisables   
 Je n'évoque pas d'arguments   
 Autre  

Autre

**B6.** Utilisez vous la mesure du CO expiré en pratique courante pour expliquer aux patients tabagiques leur consommation ?

- Oui   
Non

**B7.**

Pensez vous qu'un projet de grossesse ou un début de grossesse est un moment propice à une réussite d'arrêt définitif du tabagisme ?

- Oui   
Non

**B8.** Vous conseillez aux patientes fumeuses ?

- Un arrêt total du tabac   
Une réduction du tabac   
De ne pas modifier leurs habitudes   
Autre  

Autre

**B9.** Par quels moyens ?

- Aucun   
Les substituts nicotiniques   
Le Bupropion   
La Varénicline   
L'utilisation d'une cigarette électronique   
Une consultation en tabacologie   
Une thérapie cognitivo-comportementale   
De la sophrologie   
De l'acupuncture   
De l'hypnose



Autre

Autre

**B10. Quelles formes de substituts nicotiniques connaissez vous ?**

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| Patchs                 | <input type="checkbox"/> |
| Gomme à macher         | <input type="checkbox"/> |
| Pastilles à sucer      | <input type="checkbox"/> |
| Inhalateur             | <input type="checkbox"/> |
| Spray buccal           | <input type="checkbox"/> |
| Comprimés sub-linguaux | <input type="checkbox"/> |
| Aucun                  | <input type="checkbox"/> |
| Autre                  | <input type="checkbox"/> |

Autre

**B11. Savez vous si les substituts nicotiniques sont remboursés si prescrit sur une ordonnance ?**

- |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| Oui, sur la base d'un forfait  | <input type="checkbox"/> |
| Oui, à hauteur de 65%          | <input type="checkbox"/> |
| Oui, à hauteur de 100%         | <input type="checkbox"/> |
| Non, il ne sont pas remboursés | <input type="checkbox"/> |

**B12. Quelles sont les conditions pour que les substituts nicotiniques soient remboursés ?**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Il faut réaliser une ordonnance simple                  | <input type="checkbox"/> |
| Il faut une ordonnance séparée du reste des traitements | <input type="checkbox"/> |
| Il faut que le patient soit en ALD                      | <input type="checkbox"/> |
| Il faut une ordonnance sécurisée                        | <input type="checkbox"/> |
| Autre   | <input type="checkbox"/> |

Autre

**B13. Si vous prescrivez des substituts nicotiniques, sous quelle forme les proposez-vous ?**

- |                |                          |
|----------------|--------------------------|
| Patchs         | <input type="checkbox"/> |
| Gomme à macher | <input type="checkbox"/> |



- Pastille à sucer   
 Inhalateur   
 Spray buccal   
 Comprimés sub linguaux   
 Une association de plusieurs formes   
 Autre

Autre

**B14. Concernant la prise en charge non médicamenteuse (sophrologie, acupuncture...)**

J'orienté la patiente vers des professionnels

Je réalise des séances moi-même

Je questionne la patiente lors du suivi sur ses séances

Je ne pose pas de question et je laisse la patiente réaliser les séances qu'elle souhaite

Je ne recommande pas aux patientes ce genre de prise en charge

Autre

Autre

**B15. Concernant la TCC ?**

J'orienté la patiente vers des professionnels

Je réalise un suivi de la TCC en demandant des comptes rendus

Je suis formé à la TCC et réalise des séances moi-même

Je ne recommande pas la réalisation de TCC

Autre

Autre

**B16. Concernant le suivi par un tabacologue ?**

Je recommande systématiquement un suivi en tabacologie pour les patiente souhaitant un sevrage

Si les patientes sont suivies en tabacologies je n'interviens pas sur la prise en charge du sevrage

Si les patientes sont suivies en tabacologie, je continue à suivre le sevrage de la patiente

Je ne recommande pas aux patientes un suivi en tabacologie



Autre



Autre

- B17. Concernant la consultation en tabaccologie, connaissez vous des professionnels qui prennent en charge les femmes enceintes dans votre département ?**

Oui   
Non

Oui, je donne aux patientes des contact avec qui j'ai l'habitude de travailler

- B18. Connaissez-vous la Conference de consensus de octobre 2004 sur le thème "tabac et grossesse" ?**

Oui   
Non

- B19. Avez vous changé vos habitudes de prescriptions depuis le remboursement des substituts nicotiniques en janvier 2019, tous patients confondus?**

Oui, j'ai augmenté mes prescriptions de substituts nicotiniques   
Oui, j'ai diminué mes prescriptions de substituts nicotiniques   
Non, je n'ai pas changé mes habitudes

Autre  


Autre

- B20. Avez vous changé vos habitudes de prescriptions depuis le remboursement des substituts nicotiniques en janvier 2019, pour les patientes enceintes?**

Oui, j'ai augmenté mes prescriptions   
Oui, j'ai diminué mes prescriptions   
Non, je n'ai pas changé mes habitudes





**B21. Vous sentez vous à l'aise pour proposer un sevrage tabagique à une femme enceinte ?**

- |       |                          |
|-------|--------------------------|
| Oui   | <input type="checkbox"/> |
| Non   | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> |

Autre

**B22. Quels sont vos freins pour proposer un sevrage tabagique à une femme enceinte ?**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Le manque de temps en consultation                                  | <input type="checkbox"/> |
| L'absence de cotation dédiée  | <input type="checkbox"/> |
| Le manque de formation sur le sujet                                 | <input type="checkbox"/> |
| Le manque de connaissance sur l'innocuité des traitement à proposer | <input type="checkbox"/> |
| Le manque de ressources sur le territoire                           | <input type="checkbox"/> |
| L'absence d'envie de la patiente                                    | <input type="checkbox"/> |
| Le peu de patiente enceinte suivie dans ma patientelle              | <input type="checkbox"/> |
| Mon statut tabagique  | <input type="checkbox"/> |
| Aucun   | <input type="checkbox"/> |
| Autre   | <input type="checkbox"/> |

Autre

**B23. Avez vous une formation spécifique en tabacologie ou gynécologie ? (DU, DIU, capacité)**

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| Une formation en tabacologie | <input type="checkbox"/> |
| Une formation en gynécologie | <input type="checkbox"/> |
| Aucune formation spécifique  | <input type="checkbox"/> |
| Autre                        | <input type="checkbox"/> |

Autre

**B24. Avez- vous déjà assisté à une formation continue qui mentionne le tabagisme chez la femme enceinte ?**

- |     |                          |
|-----|--------------------------|
| Oui | <input type="checkbox"/> |
| Non | <input type="checkbox"/> |

**Partie C: Commentaires/ questions :**C1. **Commentaires/ questions :**

## Annexe 2 : Test de Fagerström 2 et 6 questions

### Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

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

### Test de Fagerström en six questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?

a. Dans les 5 minutes	3
b. 6 - 30 minutes	2
c. 31 - 60 minutes	1
d. Plus de 60 minutes	0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)

a. Oui	1
b. Non	0
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

a. À la première de la journée	1
b. À une autre	0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

a. 10 ou moins	0
b. 11 à 20	1
c. 21 à 30	2
d. 31 ou plus	3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

a. Oui	1
b. Non	0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

a. Oui	1
b. Non	0

Interprétation selon les auteurs :

- entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012.

# STRUCTURES EN MAINE-ET-LOIRE

## ANGERS

### Centre Hospitalier Universitaire d'Angers

Unité de coordination tabacologique

4 rue Larrey

49933 Angers



#### Consultations individuelles sur rendez-vous et accompagnement collectif

Professionnels en tabacologie : Médecin, Sage-femme, Infirmier(e), Psychologue,

Diététicienne

Accompagnements complémentaires : Relaxation, Méditation, Diététique, Coaching téléphonique

✉ unitetabacologie@chu-angers.fr

☎ 02.41.35.58.45

### Clinique de l'Anjou

Maternité et service d'hospitalisation

9 rue de l'Hirondelle

49044 Angers cedex 01



#### Consultations individuelles sur rendez-vous

Professionnel en tabacologie : Sage-femme

Accompagnements complémentaires : Diététique, Psychologie, Consultation sociale, Santé au travail

✉ consultation.tabaco@clinique-anjou.fr

☎ 02.41.47.75.38



### CSAPA et CJC ALiA

8 rue de Landemaire

49000 Angers

#### Consultations individuelles sur rendez-vous

Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier, Educateur spécialisé, Psychologue

Accompagnements complémentaires : Acupuncture, Qi Gong, Hypnose, Shiatsu

✉ angers@alia49.fr

☎ 02.41.47.47.37

**UC-IRSA 49 - Centre de Prévention et de Santé Publique**  
2 rue Marcel Pajotin - ZAC Saint Léonard  
49000 Angers

**Consultations individuelles sur rendez-vous et accompagnement collectif**  
Professionnel en tabacologie : Médecin  
 cpsa49@uc-irsa.fr  
 02.41.25.30.50

## CHOLET

**UC-IRSA 49 - Centre de prévention et santé publique**  
73 avenue de la Marne  
49300 Cholet

**Accompagnement collectif sur rendez-vous en fonction de la demande**  
Professionnel en tabacologie : Médecin  
 cpsa492@uc-irsa.fr  
 02.41.71.92.81

## Centre Hospitalier de Cholet

1 rue Marengo  
49300 Cholet

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Pneumologue  
 addictologie.elsa@ch-cholet.fr; pneumologie-secretariat@ch-cholet.fr  
 02.41.49.62.78  
**Possibilité de prendre rendez-vous en ligne sur Doctolib**

**CSAPA et CJC AliA**  
4 rue des Marteaux  
49300 Cholet

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnelle en tabacologie : Médecin, Infirmier, Educateur spécialisé, Psychologue  
Accompagnement complémentaire : Sophrologie  
 cholet@alia49.fr  
 02.41.65.32.61

## SAUMUR

**CSAPA et CJC AliA**  
150 rue des Prés  
49400 Saumur

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier, Educateur spécialisé, Psychologue  
Accompagnement complémentaire : Qi Gong  
 saumur@alia49.fr  
 02.41.38.15.15

## SEGRÉ

**CSAPA 53 et CJC**  
Consultations avancées  
Pôle Santé, 5 rue Joseph Cugnot  
49500 Segré

**Consultations individuelles sur rendez-vous et accompagnement collectif**  
Professionnelles en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Psychologue, Éducateur  
 csapa.og@chlaaval.fr  
 02.43.09.16.65

**Centre Hospitalier Haut Anjou**  
Maternité et service d'hospitalisation  
Hôpital de Segré, 5 rue Joseph Cugnot  
49500 Segré

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Psychologue, Sage-femme  
Accompagnements complémentaires : Diététique, Acupuncture, Relaxation, Hypnose  
 els@ch-hautanjou.fr  
 02.43.09.33.79

# STRUCTURES EN MAYENNE

## CHÂTEAU-GONTIER

**Centre Hospitalier Haut Anjou**  
Maternité et service d'hospitalisation  
1 Quai Georges Lefèvre  
53200 Château-Gontier

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Sage-femme, Psychologue  
Accompagnement complémentaire : Diététique  
elsa@ch-hautanjou.fr  
02.43.09.33.79

**CSAPA 53 et CJC**  
3 rue de l'Atlantique  
53200 Château-Gontier

**Consultations individuelles sur rendez-vous et accompagnement collectif**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Psychologue, Éducateur  
Accompagnements complémentaires : Atelier expression artistique, Activité marche

**csapa.cjc@chaval.fr**  
02.43.09.16.65

## ÉVRON

**CSAPA 53 et CJC**  
Hôpital d'Évron  
4 rue de la Libération  
53600 Évron

**Consultations individuelles sur rendez-vous et accompagnement collectif**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Psychologue, Éducateur  
Accompagnements complémentaires : Marche, Atelier de réflexion

**cspa.laval@chaval.fr**  
02.43.26.38.60

## LAVAL

**Centre Hospitalier de Laval**  
Consultation hospitalière d'addictologie  
33 rue du Haut Rocher  
53000 Laval

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Psychologue  
**infirmiere.tabacologie@chlaval.fr**  
02.43.66.39.72

**CSAPA 53 et CJC**  
31 rue du Mans  
53000 Laval

**Consultations individuelles sur rendez-vous et accompagnement collectif**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Psychologue, Éducateur, Psychiatre  
Accompagnements complémentaires : Marche, Photolangage  
**laetitia.lopez@chlaval.fr**  
02.43.26.88.60 / 02.43.59.06.90

**CSAPA 53 et CJC**  
83 rue Victor Boissel  
53000 Laval

**Consultations individuelles sur rendez-vous et accompagnement collectif**  
Professionnels en tabacologie : Infirmier(e), Psychologue, Éducateur  
Accompagnement complémentaire : Marche  
**secretariat.emo@chlaval.fr**  
02.43.26.83.40

**UC-IRSA 53 - Centre de prévention et santé publique**  
Maison de la Prévention  
90 Avenue Chanzy  
53000 Laval

**Consultations individuelles sur rendez-vous et accompagnement collectif**  
Professionnel en tabacologie : Infirmier(e)  
Accompagnement complémentaire : Diététique  
**CPSP53@uc-irsa.fr**  
02.43.53.23.92

## MAYENNE

**Centre Hospitalier Nord Mayenne**  
Maternité et service d'addictologie  
186 rue de la Baudraine  
53100 Mayenne

### Consultations individuelles sur rendez-vous

Professionnels en tabacologie : Médecin tabacologue, Infirmier(e), Sage-femme  
Accompagnements complémentaires : Entretien motivationnel, thérapie par exposition à la  
 [addictologie@ch-mayenne.fr](mailto:addictologie@ch-mayenne.fr)  
 02.43.08.17.69  
Possibilité de prendre rendez-vous en ligne sur Doctolib

**CSAPA 53 et CJC**  
15 boulevard Paul Lintier  
53100 Mayenne

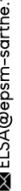
### Consultations individuelles sur rendez-vous et accompagnement collectif

Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Psychologue, Éducateur  
Accompagnement complémentaire : Méditation corporelle  
 [csapa.mayenne@chlaval.fr](mailto:csapa.mayenne@chlaval.fr)  
 02.43.66.63.30

## STRUCTURES EN SARTHE

### MONTVAL-SUR-LOIR

**Centre Hospitalier Château du Loir**  
5 allée Saint Martin  
72400 Montval-sur-Loir

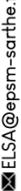
**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie  
 [EUSA@epsm-sarthe.fr](mailto:EUSA@epsm-sarthe.fr)

**CSAPA Montjoie**  
28 rue Henri Dunant, "Centre Chevalier"  
72500 Montval-sur-Loir

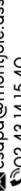
**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Intervenant(e) socio-éducatif  
 [csapa@montjoie.asso.fr](mailto:csapa@montjoie.asso.fr)  
 02.43.14.15.40

### LA FERTE BERNARD

**Centre Hospitalier Paul Chappron**  
56 avenue Pierre Brûlé  
72400 La Ferté Bernard

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie  
 [EUSA@epsm-sarthe.fr](mailto:EUSA@epsm-sarthe.fr)

**CSAPA et CJC Montjoie**  
Pôle prévention «Le Rendez-vous»  
17 rue Hoche  
72400 La Ferté Bernard

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Intervenant(e) socio-éducatif(ve)  
 [csapa@montjoie.asso.fr](mailto:csapa@montjoie.asso.fr)  
 02.43.14.15.40

## LA FLECHE

**CSAPA et CJC Molière**  
22 boulevard de la République  
72200 La Flèche

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Psychologue, Infirmier(e), Sage-femme

✉ csapa@ahs-sarthe.asso.fr  
☎ 02.43.30.32.43

**Pôle Santé Sarthe et Loir**  
Maternité et service d'hospitalisation  
La chasse du point du jour, CS 10129  
72205 La Flèche

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Sage-femme, Infirmier(e),  
Psychologue  
✉ csextide@pole.pssi.fr  
☎ 02.44.71.30.30

## LE MANS

**Centre Hospitalier du Mans**  
Consultations externes en addictologie  
Maternité et service d'hospitalisation  
194 avenue Rubillard  
72037 Le Mans Cedex 9

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Médecin du travail, Sage-femme, Infirmier(e),  
Psychologue  
Accompagnement complémentaire : Diététique  
✉ addictologiesct@ch-lemans.fr  
☎ 02.43.43.27.18

**CSAPA Molière**  
92 rue Molière  
72000 Le Mans

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Psychologue, Diététicien(ne),  
Travailleur social  
Accompagnements complémentaires : Sophrologie, Art-thérapie  
✉ csapa@ahs-sarthe.asso.fr  
☎ 02.43.30.32.43



**Clinique Prémaritime**  
Maternité et service d'hospitalisation  
208-210 rue Prémaritime  
72000 Le Mans

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin tabacologue, Infirmier(e)  
✉ secretariatZ22@epsm-sarthe.fr  
☎ 02.43.76.09.09

**CSAPA Montjoie**  
66 bis rue de Belfort  
72000 Le Mans

**Consultations individuelles avec ou sans rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Intervenant(e) socio-éducatif(ve)  
Accompagnements complémentaires : Massage assis, Atelier de socio-esthétique  
✉ csapa@montjoie.asso.fr  
☎ 02.43.14.15.40

**EPSM de la Sarthe et CSAPA Montjoie**  
Consultations Contre Addictions (CJC)  
Maison des adolescents  
14 avenue du Général de Gaulle  
72000 Le Mans

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Infirmier(e), Educateur spécialisé, Psychologue  
✉ secretariatZ22@epsm-sarthe.fr  
☎ 06.84.71.25.67

## MAMERS

**CSAPA et CJC Molière**  
17 rue Ledru Rollin  
72600 Mamers

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Psychologue  
✉ csapa@ahs-sarthe.asso.fr  
☎ 02.43.50.32.43

## SABLE-SUR-SARTHE

**CSAPA et CJC Montjoie**  
40 rue Gambetta  
72300 Sablé sur Sarthe



**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Infirmier(e), Intervenant(e) socio-éducatif(ve)  
Accompagnement complémentaire : Poterie

✉ csapa@montjoie.asso.fr  
☎ 02.43.14.15.40

## SAINT-CALAIS

**Centre Hospitalier Saint Calais**  
2 Rue Perrine  
72120 Saint Calais

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie  
✉ ELSA@epsm-sarthe.fr

**CSAPA Montjoie**  
Centre Hospitalier Saint Calais  
2 rue Perrine  
72210 Saint Calais

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : intervenant socio-éducatif  
✉ csapa@montjoie.asso.fr  
☎ 02.43.14.15.40

## SILLE-LE-GUILLAUME

**CSAPA Molière**  
Hôpital Local les Tilleuls  
1 Rue Alexandre Moreau  
72140 Sillé-le-Guillaume

**Consultations individuelles sur rendez-vous**  
Professionnels en tabacologie : Médecin, Travailleur social  
✉ csapa@ahs-sarthe.asso.fr  
☎ 02.43.50.32.43



## RÉSUMÉ

LAFONT Chloé

### État des lieux des pratiques de médecins généralistes du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne concernant le tabagisme chez la femme enceinte.

Introduction : Lors d'une grossesse, il est recommandé aux femmes enceintes d'arrêter la consommation de tabac. Le médecin généraliste, souvent premier interlocuteur des patients lors d'une demande de sevrage ou bien lors d'une découverte de grossesse, joue un rôle central dans le dépistage et l'accompagnement des patientes enceintes fumeuses.

Objectif : Cette étude vise à identifier les pratiques et les outils utilisés par les médecins généralistes pour la prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte.

Méthodes : Une étude transversale descriptive a été menée auprès d'internes et de maitres de stages ambulatoires de médecine générale à l'aide d'un questionnaire diffusé du 7 mai 2024 au 22 août 2024.

Résultats : Le dépistage des patientes fumeuse est presque systématique (98%) dans la l'échantillon interrogé, tandis que la recherche d'un conjoint fumeur est moins fréquente (34%). La majorité des médecins connaissent et utilisent les substituts nicotiniques chez les femmes enceintes bien que des interrogations persistent sur leur innocuité pendant la grossesse. Le recours à des professionnels spécialisés, comme les tabacologues (72 %) ou les praticiens de thérapies cognitivo-comportementales (43 %), reste limité, souvent en raison d'un manque de ressources locales. En réponse, les médecins semblent s'orienter de plus en plus vers les infirmières Azalées. Parmi les autres approches non médicamenteuses, l'hypnose (62 %) et la sophrologie (50 %) sont les plus fréquemment proposées. Enfin, les médecins ayant débuté leurs études à Angers sont plus enclins à adresser directement les patientes à des confrères identifiés dans leur réseau.

Conclusion : Le dépistage du tabagisme pendant la grossesse est aujourd'hui bien intégré en médecine générale mais les prises en charge se heurtent aux difficultés territoriales et au manque de temps des médecins. Le développement de protocoles pluriprofessionnels au sein des maisons de santé, en partenariat avec des intervenants tels que les infirmières Azalées, semble être une piste prometteuse pour renforcer l'accompagnement des patientes enceintes fumeuses.

**Mots-clés :** Sevrage tabagique ; tabac ; femme enceinte ; grossesse ; tabacologie ; médecins généralistes ; Thérapie cognitivo-comportementale ; substituts nicotiniques

### Overview of General Practitioners' Practices Regarding Smoking in Pregnant Women in the Maine-et-Loire, Sarthe, and Mayenne Regions.

Introduction: During pregnancy, it is recommended that pregnant women stop smoking. The general practitioner, often the first contact for patients either when seeking smoking cessation support or upon discovering a pregnancy, plays a central role in screening and supporting pregnant women who smoke.

Aim: This study aims to identify the practices and tools used by general practitioners in the management of tobacco use during pregnancy.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among general practice interns and community-based clinical supervisors using a questionnaire distributed between May 7 and August 22, 2024.

Results: Tobacco use screening among pregnant patients was almost systematic (98%) in the surveyed sample, whereas inquiry about a smoking partner was less frequent (34%). Most doctors were familiar with and prescribed nicotine replacement therapy (NRT) for pregnant women, although concerns about its safety during pregnancy remained for some. Referral to specialists such as tobacco cessation experts (72%) or cognitive behavioral therapists (43%) was limited, often due to a lack of available local professionals. As an alternative, general practitioners increasingly rely on Azalée nurses. Among non-pharmacological approaches, hypnosis (62%) and sophrology (50%) were the most recommended. Lastly, physicians who began their medical studies in Angers were more likely to refer patients directly to known colleagues within their professional network.

Conclusion: Smoking screening during pregnancy is now well integrated into general practice. However, patient management continues to face territorial constraints and time limitations for physicians. The development of multidisciplinary protocols within primary care centers, in collaboration with professionals such as Azalée nurses, appears to be a promising approach to improve the support provided to pregnant women who smoke.

**Keywords:** Smoking cessation; tobacco; pregnant woman; pregnancy; tobacco dependence treatment; general practitioners; cognitive behavioral therapy; nicotine replacement therapy

## ABSTRACT