Tabac et grossesse : comment aider au sevrage ? Enquête auprès de 118 primipares

Laure Jouanneau

▶ **To cite this version:**

Laure Jouanneau. Tabac et grossesse : comment aider au sevrage ? Enquête auprès de 118 primipares. Gynécologie et obstétrique. 2008. dumas-00674278

HAL Id: dumas-00674278

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00674278

Submitted on 27 Feb 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

335

Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
Hôpitaux de Rouen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

TABAC ET GROSSESSE : Comment aider au sevrage?

Enquête auprès de 118 primipares

BIBLIOTHÈQUE DE L'UNIVERSITÉ
MÉDECINE
DE ROUEN

Mémoire présenté par
Mademoiselle Laure Jouanneau
Née le 9 mai 1982

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2008

SE 51u9

Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
Hôpitaux de Rouen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

TABAC ET GROSSESSE : Comment aider au sevrage?

Enquête auprès de 118 primipares

Mémoire présenté par
Mademoiselle Laure Jouanneau
Née le 9 mai 1982

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2008

Tous mes remerciements

A Monsieur le Docteur Michel Artus,
pour sa disponibilité et ses précieux conseils

A Madame Le Guen, Sage-femme Enseignante,
pour son soutien durant ces quelques mois

A tous ceux qui ont participé à l'élaboration de ce mémoire

ERRATUM

- Les résultats ayant été effectué par les logiciels Excel et Stata version 7, cela a pu induire parfois une somme des pourcentages égale à 99,99 au lieu de 100. Chaque résultat a été vérifié et pour certains la valeur de l'arrondi a été rectifié lorsque la troisième décimale le permettait :

  - p 24, Population de femmes ayant arrêté de fumer vivant en concubinage : lire 41,18% au lieu de 41,17%
  - p25, Population de femmes ayant arrêté de fumer, dans la tranche d'âge des 18-24 ans : lire 35,3% au lieu de 35,29%
  - p27, Population n'ayant pas arrêté de fumer, niveau d'étude collège, BEP, CAP : lire 52,24% avec n=35 / niveau d'étude enseignement supérieur : lire 23,88% au lieu de 24%

- Le nombre de femmes vivant marié ou en concubinage s'élève à 81, mais 4 questionnaires nous ont été rendu non remplie concernant les caractéristiques du compagnon. Les résultats concernant les conjoints ont donc été effectués sur la base de 77 hommes. Cela peut entraîner une différence de résultats de plus ou moins 3,4%.

- p 34, concernant les moyens utilisés pour la tentative d'arrêt de tabac :
  L'effectif de la population ayant arrêté de fumer est égal à 40
  L'effectif de la population n'ayant pas arrêté de fumer est égal à 43
  Pour cette question plusieurs items pouvaient être cochés par les femmes

- p 41, les résultats concernant les moyens utilisés pour arrêté de fumer sont effectués à partir de n=50, une femme n'ayant pas répondu à cette question.
- p 43, les résultats concernant les moyens utilisés pour l'arrêt du tabac sont effectués à partir de n=47. Plusieurs items pouvaient être cochés par les femmes.
- p 47, les résultats du test de connaissances concernant les femmes ayant arrêté de fumer se sont effectués sur n=50, une femme n'ayant pas répondu à ce test.

SOMMAIRE

INTRODUCTION p1

REVUE DE LA LITTERATURE

1. HISTORIQUE p2
   - 1.1 La découverte du tabac p2
   - 1.2 L'engouement vis-à-vis du tabac p2
   - 1.3 L'attitude de l'Etat et de l'Eglise face au tabac p3
   - 1.4 La découverte de la nicotine et des effets nocifs p4
   - 1.5 L'investissement de la politique dans la prévention p4

2. LEGISLATION p5
   - 2.1 La loi Veil p5
   - 2.2 La loi Evin p5
   - 2.3 L'impact de la loi Evin p6
   - 2.4 Le décret du 15 novembre 2006 p6

3. PHARMACOLOGIE p7
   - 3.1 Que contiennent une cigarette et sa fumée? p7
   - 3.2 Les différentes actions de la nicotine p8
   - 3.3 Pharmacodynamique de la nicotine p9

4. LE TABAC: ENJEU DE SANTE PUBLIQUE p9
   - 4.1 Le tabagisme autant au féminin qu'au masculin p9
   - 4.2 Le tabac: "véritable épidémie" féminine p10

5. LA DEPENDANCE AU TABAC p12
   - 5.1 Qu'est ce que la dépendance p12
   - 5.2 Comment s'installe la dépendance p12
   - 5.3 L'évolution du fumeur et de sa consommation p13

6. IMPACT DU TABAGISME p14
6.1 Sur la grossesse et l'accouchement p14
6.1.1 Tabac et fécondité p14
6.1.2 Tabac et malformations p14
6.1.3 Incidence du tabac sur le déroulement de la grossesse p15
6.1.4 Tabac et accouchement p16
6.2 Tabac et allaitement maternel p16
6.3 Effet du tabac sur le devenir de l'enfant p17

7. TABAC ET SEVRAGE p17
7.1 La prise en charge psychologique et comportemental p17
7.2 La prise en charge pharmacologique p18
7.3 Implication des professionnels dans le sevrage tabagique P19

ETUDE

1. METHODOLOGIE p20
1.1 Objectif de l'étude p20
1.2 Méthode d'étude p20
1.2.1 Lieux d'étude p20
1.2.2 Population choisie p20
1.3 Le questionnaire p21

2. RESULTATS p24
2.1 Les caractéristiques socio-économiques et culturelles p24
2.2 La consommation de tabac avant la grossesse p32
2.3 Le tabac et la grossesse p35
2.4 Les femmes ayant arrêté leur consommation de tabac avant ou pendant la grossesse p40
2.5 Les femmes n'ayant pas arrêté leur consommation de tabac durant la grossesse p42
2.6 La consommation de tabac après l'accouchement p44
2.7 Test de connaissances p47

DISCUSSION p49

CONCLUSION p60

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

Malgré des mesures répressives toujours plus importantes, l'usage du tabac reste encore fortement présent au sein de notre société. Les femmes enceintes ne sont pas épargnées par ce fléau.
Aujourd'hui la plupart des conséquences du tabagisme sur la grossesse et le fœtus sont parfaitement connues. Et nous savons qu'il est préférable de cesser toute consommation de tabac.

C'est pourquoi nous avons voulu réaliser notre travail sur le sevrage tabagique de la femme enceinte en recherchant les éléments qui pouvaient se révéler favorables à cette démarche.
Nous avons proposé un questionnaire aux femmes enceintes primipares rencontrées lors de leurs consultations prénatales. Ce dernier était construit à partir de différentes hypothèses : en effet, nous supposions que le niveau de dépendance à la nicotine, l'état d'anxiété dans lequel se trouvait la femme pouvaient rendre plus difficile le sevrage, de même que d'être entourée de personnes fumeuses au quotidien. Parallèlement, nous pensions qu'un niveau socio-économique faible devait rendre un accès aux divers moyens d'informations moins aisé, biaisant la perception des risques du tabac.

Dans un premier temps, nous dresserons une revue de la littérature sur le tabac en lui-même et ses différentes implications durant la grossesse. Ensuite nous exposerons la méthodologie de notre enquête, les résultats ainsi que la discussion. Enfin nous apporterons les conclusions sur notre étude.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. HISTORIQUE

1.1 La découverte du tabac

Lors de leur découverte des Indes d'Amérique en 1492, les compagnons de Christophe Colomb, remarquent une fumée odorante qui s'exhale des lèvres des indigènes. Ils goûtent ensuite leurs premiers cigares. Les Amérindiens se servaient du tabac pour guérir les plaies, mais aussi à des fins rituelles. L'herbe étrange, don du nouveau monde, ne tarde pas à franchir l'Atlantique avec les galions espagnols, portugais puis anglais, français ou hollandais. Depuis les portes de Séville ou Lisbonne, en attendant Londres, La Haye ou Dieppe, c'est d'abord la curiosité qui fait le succès du tabac, avant qu'il ne suscite un extraordinaire engouement [7].

L'un des premiers à adopter cette pratique du tabac et à la diffuser, Jean Nicot de Villemain, ambassadeur à Lisbonne, avance un argument médical : la plante soignerait les maladies de peau comme les maux de tête. Et ce dernier en envoie d'ailleurs à Catherine de Médicis, sujette à des nausées et à de violentes migraines, qui dit ensuite se trouver mieux grâce à cela [1]. De là, le tabac devient un art de la cour qui suscite le plaisir des sens et se répand de façon fulgurante. Il devient un remède universel à une époque où la pharmacopée est peu diversifiée. De nombreux effets bénéfiques lui sont attribués, notamment dans les cas de peste, de morsures de chiens enragés, de plaies et ulcères, de toux, de rhumatismes.

1.2 L'engouement vis-à-vis du tabac

Sous le règne de Louis XIV, l'opinion publique est favorable au tabac, même si le souverain lui-même montre plutôt une certaine réticence face à cet usage. Molière se moquera ouvertement de lui à ce sujet : devant la Cour réunie au théâtre, il prend le contre-pied royal en faisant commencer *Dom Juan, ou le Festin de Pierre* par ces mots de Sganarelle : « Quoi que puisse dire Aristote et toute la philosophie, il n'est rien d'égal au tabac : c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre » [6]. Le tabac est en effet assimilé à cette époque à la méditation, à la fête et à l'oisiveté. Il va de plus en plus être considéré comme « l'opium de l'Occident ». Durant les

guerres, le tabac vient en aide aux soldats : non seulement il permet l'évasion, mais il permet aussi de chasser les idées sombres.

Dans le domaine de l'art, de nombreux écrivains s'emparent de cette mode : pipes, cigares et cigarettes deviennent les objets de prédilection du poète, et de son inspiration.

La fumeuse, quant à elle, se rencontre de bonne heure. Dans les Mémoires de Saint Simon, Louis XIV surprend le soir, en se rendant chez madame de Maintenon, la dauphine et les princesses d'Orléans en train de fumer les pipes qu'elles ont empruntées aux gardes du palais. Pendant longtemps, la femme qui fume est considérée comme une femme aux mœurs douteuses ou scandaleuses. Et c'est par provocation que les premières féministes fument en public. George Sand déclare « le cigare est partout ; il est le complément indispensable de toute vie oisive et élégante, tout homme qui ne fume pas est un homme incomplet ». Dans les « années folles », celles de l'après-guerre, la femme se fait « garçonne », et aime aussi montrer qu'elle sait fumer, arborant de longs porte-cigarettes [27], [28].

1.3 L'attitude de l'Etat et de l'Eglise face au tabac

L'engouement pour le tabac est tel que l'Etat ne tarde pas à saisir tout l'intérêt que peut rapporter une consommation toujours croissante. Colbert, ministre de Louis XIV, crée en 1664 la Compagnie des Indes Occidentales à laquelle il attribue le privilège du commerce. Cependant devant l'état déplorable des finances du royaume, il décide qu'il faut donner à l'Etat le monopole de la vente des tabacs.

Le tabac devient ainsi le seul produit de consommation dont la fabrication et la vente soient monopolisées par l'Etat. La Révolution a pensé libéraliser la production, la fabrication et la vente du tabac. Mais Napoléon I^{er} en 1810-1811 rétablit le monopole et le confie à une administration particulière, la Régie des tabacs (ancêtre de la SEITA). Celle-ci réalise vite de coquets bénéfices au compte de l'Etat [7].

De son côté, l'Eglise considère que le tabac est « l'herbe du diable ». Et en 1630, le pape Urbain VIII envisage même d'excommunier les fumeurs.

De nos jours, l'industrie des tabacs est toujours monopole d'Etat en France. La privatisation s'est effectuée au profit de la SEITA (société d'exploitation

industrielle des tabacs et des allumettes) en 1995. Pour élargir sa population de consommation, l'industrie du tabac va faire appel à la publicité et à tous les moyens modernes de communication (on verra même les paquets d'une célèbre marque de cigarettes américaine envahir le grand écran et les contrats avec les acteurs et les producteurs se multiplieront pour populariser la marque). Même le sport va être mis au service de la promotion du tabac. Depuis 1999, la SEITA et le groupe franco-espagnol TABACALVA ont fusionné, pour donner naissance au groupe ALTADIS qui contrôle désormais la vente du tabac en France et en Espagne.

1.4 La découverte de la nicotine et des effets nocifs

Vauquelin, chimiste français, isole en 1841 un alcaloïde du tabac qu'il nommera nicotine, en hommage à Jean Nicot, le fameux précurseur du tabac en France. De là les expériences sur les animaux se multiplient afin de mettre en évidence la toxicité de la nicotine. Peu à peu, au fil des découvertes scientifiques et médicales, l'idée d'une maladie liée au tabac émerge. Au XX^{e}, les premières enquêtes épidémiologiques identifient progressivement les risques liés au tabagisme. Dans les années 30, les travaux des laboratoires américains montrent les pouvoirs cancérigènes des goudrons dégagés par la combustion de la cigarette. Et dans les années 50, le lien entre le tabagisme actif et le cancer du poumon est établi. Lors du VII^{e} congrès international du Cancer (Londres, juillet 1958), les pouvoirs cancérigènes du tabac sont établis et la prévention va alors devenir une priorité [7].

1.5 L'investissement de la politique dans la prévention

Depuis que la société scientifique a établi les pouvoirs cancérigènes du tabac, la prévention est devenue la priorité du monde politique. Ainsi la loi Veil mise en place en 1976 prévoit des restrictions publicitaires et impose l'information au consommateur du caractère dangereux du tabac, par le biais de mentions apposées sur les paquets de cigarettes. C'est également le début des campagnes d'informations sur le tabagisme, qui visent à alerter sur le coût social qu'entraîne le tabac. En 1990, le parlement européen va jusqu'à inviter les douze pays membre à décréter l'interdiction totale de publicité pour les

cigarettes. Puis en France, la loi Evin est adoptée en 1991, elle interdit notamment toute publicité directe ou indirecte ainsi que de fumer dans les lieux ou transports publics

2. LEGISLATION

2.1 La loi Veil

C'est seulement le 9 juillet 1976, qu'est établie en France la première loi, dite loi Veil, visant à prévenir le tabagisme [31]. Cette loi imposait d'inscrire sur les paquets de cigarettes la mention « Abus dangereux » et interdisait de fumer dans certains lieux à usage collectif, tels que les établissements scolaires, les établissements de santé ainsi que les transports en commun. Elle s'attaquait également à la publicité en faveur du tabac. Tous ces éléments se retrouvent aujourd'hui dans le code de la santé publique [35], [36], [37]. Mais la loi Veil a rapidement montré des limites dans son application.

2.2 La loi Evin

Afin de renforcer le dispositif législatif, la loi Evin est mise en vigueur le 10 janvier 1991 [32]. Cette loi favorise l'augmentation du prix des cigarettes, interdit toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac, donne droit aux associations dont l'objet est la lutte contre les méfaits du tabagisme et pose également le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif.

En cas d'infraction à la loi, le code de la santé publique prévoit une amende de 450 € maximum pour les personnes qui fument en dehors des zones fumeurs et une amende de 1500 € euros maximum pour les responsables des locaux.

Le décret d'application du 29 mai 1992 fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif et précise l'étendue de l'interdiction de fumer dans lesdits lieux [34].

2.3 L'impact de la loi Evin

Quinze ans après le vote de la loi Evin, le tabac reste encore la première cause de mortalité évitable en France. Effectivement, on compte plus de 66 000 décès par an parmi les fumeurs et plus de 5000 personnes sont victimes du tabagisme passif. La loi de 1991 qui séparait les fumeurs des non fumeurs n'a pourtant pas pu enrailler ce fléau qu'est le tabac. En effet, le rapport d'évaluation de la loi de 1991 a montré que le décret de 1992 a été globalement bien respecté dans les transports en commun, toutefois des difficultés d'application ont été fréquemment relevées dans les bars et restaurants mais surtout dans bon nombre d'établissements publics, en particulier les établissements scolaires et universitaires [44].

Parallèlement, à la suite de la mise en vigueur de la loi Evin, les ventes de cigarettes ont chuté. Ces dernières se sont stabilisées de 1998 à 2002, période durant laquelle les hausses de prix du tabac ont été relativement limitées. De nouveau en 2002, une baisse des ventes a pu être enregistrée, due à une relance de la politique fiscale qui a imposé une hausse importante du prix des cigarettes [44] (Annexe 2).

Un des effets pervers de la loi Evin et de l'augmentation du prix du tabac qu'elle a générée, fut de relancer la consommation de cigares et de tabac à rouler : les jeunes en particulier choisissant ce dernier produit, moins cher, en priorité. C'est à leur destination qu'est mise en vigueur une autre loi le 31 juillet 2003, en complément des dispositifs juridiques de la loi Evin, visant à lutter contre le tabagisme des jeunes [33]. Est ainsi interdite la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans, celle de paquets contenants moins de 19 cigarettes, ainsi que la publicité en faveur du papier à rouler des cigarettes et obligation pour les écoles d'informer les jeunes sur les méfaits du tabagisme.

2.4 Le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006

Ces dernières années le tabagisme passif est de moins en moins accepté par l'ensemble de la population ; en effet des études scientifiques ont prouvé la corrélation qu'il existe entre mortalité prématurée et tabagisme passif. C'est pourquoi la population tend de plus en plus vers une interdiction totale de fumer. Parallèlement les exemples des législations restrictives à l'étranger se

sont multipliés et ont semblé être plutôt bien acceptés par la population des pays ayant mis en place ces mesures.

Pour ces raisons le gouvernement a décidé d'émettre un décret (JO n° 265 du 16 novembre 2006) fixant les conditions d'application d'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Cette interdiction est appliquée depuis le 1er février 2007 dans tous les lieux qui constituent un endroit de travail, dans les moyens de transports collectifs, dans les établissements scolaires. Cette interdiction ne s'applique pas dans les emplacements mis à la disposition des fumeurs, néanmoins ces « fumoirs » doivent respecter des normes strictes. Ce dispositif concerne également depuis le 1er janvier 2008 les débits de boissons, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques [38].

La population a été largement sensibilisée à la mise en place de ce décret par le biais de spots publicitaires diffusés sur les chaînes principales aux heures de grande écoute mais également avec des spots radio ainsi que des publications dans la presse quotidienne.

3. PHARMACOLOGIE

3.1 Que contiennent une cigarette et sa fumée

Une cigarette contient du tabac, de la nicotine, des agents de saveur et de texture. Cette description est celle trouvée sur les paquets de cigarettes. Mais une fois allumée, la fumée qui se dégage de la cigarette constitue un mélange de gaz et de particules qui contiennent 4000 substances, dont plus de 40 sont cancérigènes (Annexe 4). La combustion de la cigarette provoque la formation de très nombreuses substances toxiques dont les goudrons, des gaz toxiques comme le monoxyde de carbone, l'oxyde d'azote, l'acide cyanhydrique ou encore l'ammoniac, mais aussi des métaux lourds comme le cadmium, le mercure, le plomb ou le chrome. Les goudrons sont la principale substance responsable des cancers liés au tabagisme, ils recouvrent les poumons d'une substance gluante brun-noir et ont aussi un effet nocif sur les tissus et les muqueuses [21], [45].

Dans la composition d'une cigarette, c'est plus de 600 produits divers qui peuvent être ajoutés sous la forme d'additif. Effectivement, différents arômes, comme la vanille, sont utilisés pour plaire aux jeunes et aux fumeurs débutants.

Pour le cacao, il servirait à dilater les voies respiratoires pour permettre un accès plus facile de la fumée. D'autres produits sucrés pourraient également intervenir dans la rapidité du phénomène de dépendance. Quant au menthol, il serait utilisé pour ses vertus adoucissantes sur les voies respiratoires et masquerait ainsi l'effet irritant de la fumée [6].

3.2 Les différentes actions de la nicotine

La nicotine est une substance psychoactive, c'est elle qui est responsable de la dépendance tabagique. Elle ne constitue en aucun cas un risque cancérigène.

La nicotine a une réelle action psychostimulante marquée par une augmentation de la concentration ainsi que de la vigilance, elle améliore également la mémorisation et les fonctions cognitives.

Comme toutes les substances psychoactives, elle active le circuit dopaminergique mésocorticolimbique du système nerveux central qui est impliqué dans ce que l'on appelle le système de récompense. La nicotine déclenche une pharmacodépendance en perturbant les sécrétions de dopamine. En effet, cette dernière stimule les récepteurs nicotiniques situés sur les corps cellulaires des neurones dopaminergiques ce qui entraîne une augmentation de leur activité et ainsi une augmentation de libération de dopamine. Ces récepteurs nicotiniques se retrouvent au niveau de nombreux tissus, jonctions neuromusculaires, ganglions parasympathiques, cellules sanguines circulantes, et bien sûr au niveau du cerveau [9].

La nicotine agit également au niveau cardiaque où elle entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et de la vasoconstriction. Au niveau métabolique, elle entraîne une augmentation des acides gras libres, du mauvais cholestérol, de la glycémie mais aussi de l'agrégabilité plaquettaire. Au niveau endocrinien, elle est responsable de sécrétions hormonales, telle que l'hormone de croissance, le cortisol et la prolactine. La nicotine franchit aussi la barrière placentaire et est retrouvée dans le lait maternel.

3.3 Pharmacodynamique de la nicotine

La nicotine distillée pendant la combustion de la cigarette est transportée en partie par phase particulaire et en partie par phase gazeuse. La capacité d'absorption est conditionnée par le pH du milieu. En effet, à pH acide, la nicotine est sous forme ionisée et traverse mal les membranes. Au contraire, à pH alcalin, la nicotine est sous forme nicotine-base, soluble dans les graisses et miscible à l'eau, elle pénètre alors très bien à travers les muqueuses. La nicotine bénéficie alors d'une grande surface d'alvéoles pulmonaires pour passer dans la circulation artérielle et atteindre le cerveau en sept secondes [8].
La métabolisation, ainsi que l'élimination de la nicotine, est à 80% hépatique et très partiellement pulmonaire. Le métabolite obtenu, la cotinine, est retrouvé dans les urines et peut ainsi servir de marqueur du tabagisme quotidien [20].
D'autres dosages peuvent nous renseigner sur l'intoxication tabagique, comme c'est le cas pour le monoxyde de carbone qui se combine à l'hémoglobine pour former la carboxyhémoglobine qui possède une demi-vie de 8 heures. Cette dernière peut être retrouvée à un taux de 5% chez certains fumeurs. La mesure du monoxyde de carbone peut également être utilisée dans l'air expiré alvéolaire (méthode la moins invasive).Cette mesure sera retrouvée à un taux d'environ 4 ppm (particules par millions) pour une personne non fumeuse, cela étant expliqué par la pollution et le tabagisme passif, chez un fumeur le taux retrouvé sera d'environ 10 à 30 ppm voire plus [8] (Annexe 5). Le dosage de thiocyanates, dans les urines ou la salive, et celui du cadmium dans les cheveux peuvent également nous renseigner sur l'intoxication tabagique [23].

4. LE TABAC : ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

4.1 Le tabagisme autant au féminin qu'au masculin

Le tabagisme est, en France, la première cause de mortalité évitable, avec environ 66 000 décès chaque année [45].
C'est donc un véritable problème de santé publique, qui a néanmoins longtemps été considéré comme exclusivement masculin. Mais aujourd'hui il touche également de manière croissante la population féminine (Annexe 3). Même si les femmes sont actuellement moins touchées que les hommes car celles qui ont 70 ans aujourd'hui sont peu nombreuses à avoir fumé. En

revanche, le nombre de décès féminins par cancer du poumon devrait augmenter dans les années à venir.

La France compte 15 millions de fumeurs avec une prévalence tabagique qui passe de 9% pour les 12-14 ans à 41% pour les 15-19 ans et atteint un maximum de 48% chez les 20-25 ans [45]. Les actions de prévention contre le tabagisme sont à mettre en place de façon précoce car effectivement, en moyenne, les jeunes fument leur première cigarette vers 14 ans et demi et commencent à fumer régulièrement vers 16 ans. Dans la population adolescente, on peut remarquer que la proportion de fumeurs est légèrement plus importante chez les jeunes filles, avec un taux de 49% à 18-19 ans contre 46% pour le sexe masculin. Tendance qui s'inverse vers 20-25 ans, avec un taux de 52% de fumeurs pour le sexe masculin contre 43% pour le sexe féminin. La prévalence du tabagisme reste à dominante masculine pour les tranches d'âge supérieures [45].

4.2 Le tabac : « véritable épidémie » féminine

Dans la population française, un tiers des adolescentes de 15-18 ans sont déjà fumeuses et ces dernières commencent de plus en plus tôt (dès 12-13 ans) [3]. Cet âge précoce d'initiation à la cigarette constitue un facteur de risque d'addiction à la nicotine dès l'adolescence. Ces jeunes filles deviendront de futures mamans et aujourd'hui la part de femmes qui fument avant la grossesse s'élève à 36%, avec un taux qui reste élevé de 20 à 28% au cours de la grossesse [43]. Avec ce tabagisme maternel un certain nombre de complications peuvent survenir chez le fœtus et tout au long du déroulement de la grossesse, mais nous reviendrons sur ces derniers points plus longuement par la suite.

La consommation de tabac avant la grossesse entraîne déjà des effets néfastes sur l'organisme. Le premier est l'association « explosive » constituée par le tabac et la pilule contraceptive. En effet une jeune femme qui fume sous pilule a un risque d'accident cardio vasculaire multiplié par vingt deux. Les plus fréquents sont les accidents vasculaires cérébraux et la phlébite pouvant se compliquer d'une embolie pulmonaire. En effet, la consommation de vint cinq cigarettes par jour a le même effet sur les artères qu'un diabète sévère ou mal équilibré. De plus, les fumeuses ont une fluidité sanguine moins optimale du fait

de la multiplication des globules rouges et des globules blancs et aussi du manque de souplesse de ces derniers [4].

Les effets du tabac n'épargnent pas les organes féminins, le tabagisme multiplie par deux le risque de cancer du col de l'utérus avant 30 ans et par treize après 30 ans par un effet d'immuno-suppression. Le cancer du sein voit également son risque s'accroître en cas d'imprégnation tabagique.

La consommation de tabac entraîne aussi des difficultés quant à la conception d'un enfant. Une diminution précoce du stock d'ovules est retrouvée et parallèlement, plus les follicules ovariens sont imprégnés de cotinine, moins ils sont fécondables. De plus, le tabac crée un déséquilibre hormonal qui se traduit par une diminution des œstrogènes dans la deuxième partie du cycle, créant ainsi des anomalies fréquentes de l'ovulation. Il se produit également une baisse du taux de certaines hormones de la reproduction agissant au niveau de la muqueuse utérine et de la circulation sanguine, ces deux éléments étant nécessaires à la nidation.

Les fumeuses s'exposent également aux risques d'incontinence urinaire (due à l'action anti-oestrogénique du tabac) et de cancer de la vessie, mais aussi aux cancers de la cavité buccale, de l'œsophage, de la gorge et de l'arrière gorge.

Si les habitudes ne changent pas, dans les dix ans à venir, la mortalité due au tabac sera multipliée par quinze à vingt chez la femme.

D'ici 2020, avec la consommation actuelle des jeunes fumeuses, l'accident vasculaire cérébral sera la deuxième cause de mortalité chez les femmes après l'infarctus du myocarde. Nous assisterons à l'apparition d'un nouveau secteur de population féminine, celles « des handicapées à vie, âge moyen 40 ans, signe particulier : dépendante de la nicotine » [4].

Cela, alors que les bénéfices à l'arrêt du tabac sont rapides : allant de quelques minutes pour la normalisation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque, à quelques semaines pour l'amélioration de la circulation sanguine et de la fonction respiratoire, à quelques années pour avoir une diminution significative du risque d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux.

5. LA DEPENDANCE AU TABAC

5.1 Qu'est ce que la dépendance ?

Selon l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), la dépendance à une substance se traduit par « un état, psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des réponses comportementales et autres, qui se caractérisent toujours par une compulsion à prendre la substance, sur un rythme continu ou périodique, de façon à en ressentir ses effets psychiques et parfois, à éviter l'inconfort de son absence ».

A partir de cette définition, deux types de dépendances sont à différencier.

Tout d'abord la dépendance psychologique, qui se traduit par une consommation de tabac vécue comme une aide pour gérer le stress, comme soutien psychologique, comme stimulus intellectuel permettant de se concentrer, comme moyen de contrôle de l'appétit, comme récompense du travail accompli. Cette dépendance induit un aspect comportemental lié au besoin du geste, à l'occupation de la bouche ou des mains, aux réflexes conditionnés. Tout ceci explique et concourt au renforcement positif qui incite à fumer. Avec l'accoutumance, cette sensation de plaisir diminue, ce qui oblige à fumer de plus en plus pour obtenir un niveau de satisfaction identique.

Parallèlement, la dépendance physique correspond à un phénomène indépendant de la volonté, et est liée à des mécanismes cérébraux. Elle se caractérise par un besoin irrépressible, poussant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque. Syndrome de manque qui se traduit par différents symptômes physiques que sont l'humeur dépressive, l'insomnie, l'irritabilité, la frustration, la colère, l'anxiété, les difficultés de concentration... Tout cela en faveur du renforcement négatif qui explique également le besoin irrépressible de fumer [3].

5.2 Comment s'installe la dépendance ?

Une personne ne fume pas la première cigarette de sa vie parce qu'elle est en manque. Le moteur qui pousse à la prendre est affectif. C'est le désir qui fait que, malgré des expériences initiales pratiquement toujours désagréables, l'expérience est réitérée et qu'une dépendance s'installe. Deux facteurs

suscitent ce désir, d'abord la curiosité mais aussi la peur de l'exclusion qui induit le besoin de s'identifier à un groupe.

Les enfants pensent qu'il y a dans le comportement d'adultes qui fument quelque chose de mystérieux, de précieux. La cigarette est vécue comme un attribut d'adulte et son caractère interdit la rend d'autant plus attrayante.

A l'âge où l'enfant se cherche, la transgression de l'interdit est un moyen de construire sa personnalité en s'opposant aux parents. Les conduites à risque caractérisent les adolescents qui prouvent leur vulnérabilité en s'exposant au risque de fumer. Qui plus est, fumer en groupe crée une atmosphère enveloppante et chaude, augmente le sentiment de communauté et de fraternité, la cigarette facilite alors les contacts, introduit des rapports amicaux formels, elle devient l'expression d'échange et de convivialité, de pause coupant le stress et reposant l'esprit. L'attitude, la façon de fumer, de tenir une cigarette, de l'allumer, de l'éteindre sont autant de moyens de développer un style personnel en accord avec ses tendances profondes : c'est tout un langage non verbal qu'elle permet de mettre en place, pour cacher, précisément, une vulnérabilité [6].

5.3 L'évolution du fumeur et de sa consommation

La vie de fumeur passe par différents stades de maturation. Après ses premières expériences, le fumeur augmente progressivement sa consommation de tabac et se transforme en fumeur satisfait qui n'a aucune envie d'arrêter et n'a pas conscience des effets nocifs du tabac. Un problème de santé, une information médicale, la pression sociale ou professionnelle vont le pousser à s'interroger sur son comportement tabagique et il sera alors partagé entre l'envie de fumer et celle de s'arrêter. Après une période de réflexion, le fumeur tente l'arrêt du tabac qui le plus souvent n'est définitif qu'après plusieurs essais. C'est ainsi que J. Prochaska propose un schéma circulaire [16]. Au départ, pas du tout motivé pour s'arrêter, le fumeur va passer par des stades successifs. D'abord il envisage sérieusement d'arrêter de fumer, mais pas tout de suite, c'est un stade d'attente, d'espoir d'arrêter. Puis les choses se précisent, il a déjà fait un essai dans l'année passée et se fixe le mois qui sera le bon, c'est un stade de préparation. Il passe alors à l'action, une tentative d'arrêt franche. Quand il réussit à tenir plus de six mois, il a presque gagné, il entre dans un

stade de maintenance. Mais s'il rechute à quelque stade que ce soit, il revient au stade d'attente [6].

6. IMPACT DU TABAGISME

6.1 Sur la grossesse et l'accouchement

6.1.1 Tabac et fécondité

Le tabagisme de l'homme serait à l'origine d'une dysfonction érectile réversible à l'arrêt, ainsi que d'une altération des différents paramètres spermiologiques qui pourrait faire craindre une diminution du pouvoir fécondant. Dans ces paramètres, notons par exemple une altération de la mobilité des spermatozoïdes, une diminution de leur nombre ainsi que de leur vitalité.
La diminution de la fertilité féminine liée au tabac s'exprime, quant à elle, au niveau de la glaire cervicale, par une altération de cette dernière, due à l'action antioestrogénique de la nicotine. Mais également au niveau des ovaires sur lesquels les dérivés du tabac ont une action toxique directe et aussi par des modifications de la fonction ciliaire des trompes. Une relation dose-effet ainsi qu'une réversibilité à l'arrêt du tabac ont été mises en évidence pour ces derniers critères [11].

-*Grossesses extra-utérines :* De nombreuses enquêtes ont pu mettre en évidence que le tabagisme était associé de manière statistiquement significative à une augmentation du risque de grossesse extra-utérine, avec un risque imputable au tabac s'élevant à la hauteur de 35%. Le risque serait augmenté par le fait qu'il y ait, lors d'une consommation tabagique, une diminution des battements ciliaires, une altération de la contractilité tubaire ainsi qu'une altération de l'adhésion de l'ovocyte au pavillon tubaire [23].

-*Avortements spontanés :* Plusieurs études ont pu également démontrer une augmentation statistiquement significative du risque d'avortement spontané chez les femmes fumeuses [23].

6.1.2 Tabac et malformations

Le tabac n'a pas d'effet tératogène important. Mais ce dernier, au stade de l'organogenèse, augmente la survenue de certaines malformations spécifiques

comme les fentes faciales et les craniosténoses. Mais il n'a pas été mis en évidence d'augmentation significative en ce qui concerne les anomalies de fermeture du tube neural, les malformations cardiaques ainsi que les hypospadias [14].

6.1.3 Tabac et déroulement de la grossesse

Les effets néfastes du tabac sur la grossesse et le fœtus sont de plusieurs ordres :

-Hématome rétroplacentaire : Il a été démontré une relation significative entre le tabagisme et la survenue d'hématome rétroplacentaire (HRP), effectivement 15 à 25% des HRP sont imputables au tabac [23]. Cela s'explique par l'effet vasoconstricteur et l'augmentation de la fragilité capillaire induits par le tabac. Le risque d'HRP devient d'autant plus important que le taux sérique de carboxyhémoglobine est élevé et ce dernier augmente avec l'âge et la parité.

-Placenta bas inséré : Le tabagisme de la femme enceinte multiplie par deux le risque de placenta bas inséré [39].

-Prématurité : Dans le cadre des facteurs de risque de la prématurité, la consommation de tabac chez la femme enceinte est retrouvée. La prématurité serait induite, en grande partie, par la survenue de placenta bas inséré hémorragique, une rupture prématurée des membranes ou encore un HRP. Un arrêt du tabac avant la conception ou au cours du premier trimestre diminuerait les risques [39].

-Rupture prématurée des membranes : Pour ce qui est de la rupture prématurée des membranes, le tabac multiplie le risque par deux du fait d'une stimulation de la production des prostaglandines au sein des membranes fœtales provoquant des contractions myométriales [13].

-Retard de croissance intra-utérin : L'incidence du retard de croissance intra utérin (RCIU) est faible pendant le premier et le deuxième trimestre, mais il se majore si le tabagisme couvre le troisième trimestre et ce d'autant plus que la femme aura fumé durant toute sa grossesse (incidence de 17,7%). La fréquence et l'intensité du RCIU s'aggravent en fonction du taux de monoxyde de carbone. Le RCIU est harmonieux avec un déficit pondéral qui est en moyenne de 200 grammes à terme. Le mécanisme est probablement

multifactoriel résultant d'une hypoxie chronique, d'une vasoconstriction utérine et ombilicale ainsi que de la toxicité du cadmium [13].

-Développement cérébral : Dans le cas d'une consommation tabagique durant la grossesse, on retrouve une réduction du périmètre crânien à la naissance [13].

-Mort fœtale in utero : Le tabagisme de la mère est associé à un excès de morts fœtales au cours du troisième trimestre. Ces morts in utero ne sont pas liées uniquement aux RCIU, ni aux complications placentaires. Il s'agit de la stimulation permanente des récepteurs cérébraux à la nicotine impliqués dans le contrôle de la respiration et du sommeil qui pourraient exposer le fœtus au risque de mort subite in utero [13].

-Bien-être fœtal : Le tabagisme maternel retentit, durant la grossesse, sur le fœtus en entraînant une hypoxie chronique, une augmentation du rythme et du débit cardiaque ainsi qu'une vasoconstriction au moment de l'inhalation de fumée de cigarette. Il existe aussi un retentissement respiratoire qui perturbe la croissance pulmonaire et également une diminution globale des mouvements fœtaux [19], [39].

6.1.4 Tabac et accouchement

Différentes études montrent que le tabagisme maternel n'a aucun effet sur le taux de césarienne, sur la survenue de liquide méconial ni sur le score d'Apgar. Mais en revanche, une fréquence accrue d'hémorragie de la délivrance et de délivrances artificielles est retrouvée [39].

6.2 Tabac et allaitement maternel

L'un des facteurs important du taux faible d'allaitement maternel est le tabagisme parental. Or ce mode d'allaitement, s'il est exclusif et s'il dure pendant six mois, renforce l'immunité des nourrissons, notamment contre les affections gastro-intestinales et respiratoires. En France, la moitié des femmes essaient d'allaiter durant leur séjour en maternité, mais elles ne sont que 16% à allaiter jusqu'à trois mois et plus que 5% à le faire jusqu'à six mois [26]. Le fait que la mère ait fumé pendant la grossesse peut affecter le nourrisson par rapport aux tétées. En effet cela leur prend plus de temps pour réussir à téter et

ils exercent moins de pressions, ce qui peut avoir une répercussion sur la quantité de lait produite. De plus, le lait maternel présente des déficiences nutritionnelles, il est moins riche en graisses, en calories et en vitamine C. Mais il reste indiscutable que l'allaitement maternel doit être le mode d'alimentation prioritaire même dans les situations où la femme a une consommation de tabac.

6.3 Effet du tabac sur le devenir de l'enfant

Le tabac peut engendrer chez l'enfant certains effets délétères qui sont :

-Développement staturo-pondéral : Le poids de naissance, à terme, diminuant de 150 à 250 grammes en moyenne dans le cas d'un tabagisme actif, un rattrapage pondéral est retrouvé dans les deux premières années [39].

-Mort subite du nourrisson : Une association avec le tabagisme maternel pendant la grossesse a été retrouvée dans de nombreuses études. Le partage du lit des parents avec l'enfant majore considérablement le risque [39].

-Appareil cardio-vasculaire et respiratoire : Il a été noté une fréquence cardiaque et une tension artérielle augmentées qui seraient dues à la toxicité du monoxyde de carbone. Dans la petite enfance, une consommation de soins plus importante pour survenue de troubles respiratoires a été démontrée par de nombreuses études [30].

-Développement psychomoteur et cognitif : Une association significative a été retrouvée entre le tabagisme de la mère pendant la grossesse et des difficultés intellectuelles modérées ainsi que des troubles de l'apprentissage, tels que l'hyperactivité, des troubles à type d'opposition, des déficits attentionnels [39].

7. TABAC ET SEVRAGE

7.1 La prise en charge psychologique et comportementale

Un arrêt du tabac est bénéfique à tous les stades de la grossesse, cependant plus l'arrêt est obtenu précocement et plus les bénéfices semblent importants. Diverses méthodes peuvent être proposées aux patientes désireuses de s'arrêter de fumer. Mais, avant tout, il est important de dispenser auprès de ces patientes le conseil minimal qui consiste à poser la question :

fumez-vous ? Si oui, souhaitez-vous arrêter de fumer ?, tout en dispensant des informations sur les différents outils d'aide à l'arrêt du tabac [10].

Ce conseil minimal peut être complété de l'entretien motivationnel des « 5A », A pour : Ask, avec la question « fumez-vous » ; Advise, pour le fait de conseiller l'arrêt du tabac ; Assess, qui correspond à l'évaluation de la préparation à l'arrêt du tabac ; Assist, pour l'aide à l'arrêt ; et enfin Arrange, pour le suivi de la tentative d'arrêt [12], [29].

En complément, une thérapie comportementale et cognitive peut être instaurée. Il s'agit d'une approche scientifique, avec une dimension éducative et pédagogique, qui élabore une stratégie afin d'atteindre les buts définis. Elle requiert la coopération du sujet pour créer une alliance thérapeutique efficace.

Bien évidemment la consultation psychologique trouve toute sa place dans l'aide au sevrage tabagique. Effectivement, il a put être mis en évidence une efficacité significative en ce qui concerne cette méthode d'approche. En revanche, aucune étude n'a pu retrouver d'efficacité significative pour l'hypnothérapie et l'acupuncture [39].

Toutefois, si l'approche psychologique et comportementale ne paraissent pas concluante, alors il pourra être envisagé, en complément, l'utilisation de traitements nicotiniques substitutifs (TNS).

7.2 La prise en charge pharmacologique

Dans le cas de l'utilisation de TNS, ces derniers doivent être instaurés le plus rapidement possible au cours de la grossesse. La dose d'administration est ajustée dans le but d'avoir un traitement personnalisé et d'éviter les éventuels surdosages. Leur utilisation double voire triple les chances d'arrêt du tabac en un an [22].

La nicotinémie du TNS est deux à trois fois moins élevée que celle liée au tabagisme, et l'utilisation de ces produits évite la toxicité des autres composants de la cigarette et de sa fumée.

-Les patchs : Dès qu'ils sont collés sur la peau, la nicotine commence à traverser la barrière cutanée à un taux contrôlé, avec une diffusion proportionnelle à la surface et au temps de pose. Son effet est perceptible au bout de trente minutes et se poursuit tout au long de la journée [10].

En 2003, l'AFSSAPS (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) a recommandé le TNS par voie percutanée en discontinu pendant 16 heures, avec toutefois une utilisation sur 24 heures possible pour les femmes les plus dépendantes [3].

-Les gommes à mâcher : Elles doivent être « chiquées ». Elles libèrent petit à petit une partie de la nicotine qu'elles contiennent. Ce mode de traitement de substitution est surtout recommandé aux femmes dépendantes qui souhaitent gérer leurs envies de fumer [10].

-L'inhaleur : Il se présente sous la forme d'un embout en plastique qui s'ouvre pour recevoir une cartouche contenant un tampon imprégné de nicotine. A chaque utilisation est aspiré de l'air chargé de microgoutelettes de nicotine. Ce dernier serait plus adapté aux fumeuses dépendantes pour lesquelles la composante comportementale apporte un plus [10].

-Les comprimés à la nicotine : Ils sont à faire fondre sous la langue. L'effet se fait ressentir en 2 à 3 minutes et l'envie de fumer s'estompe. Ce principe est d'une efficacité rapide et adapté aux personnes qui souhaitent gérer leurs pulsions d'envie de fumer [10].

7.3 Implication des professionnels dans le sevrage tabagique

Afin de faire du sevrage du tabac une priorité sanitaire, l'APPRI (Association Périnatalité Prévention Recherche Information) a mis au point un référentiel d'aide aux maternités pour qu'elles deviennent des établissements sans tabac avec des professionnels impliqués dans cette perspective. Ce référentiel se base sur une charte qui regroupe dix points avec notamment une volonté de sensibiliser les personnels sur la prévention et la prise en charge du tabagisme, tout en popularisant la mesure du monoxyde de carbone expiré. Cette démarche se base également sur des plans d'aménagement des différents locaux ainsi que sur une signalétique spécifique, tout cela dans le but de promouvoir l'éducation à la santé [17].

ETUDE

1. METHODOLOGIE

1.1 Objectif de l'étude

Cette étude va nous permettre d'identifier plusieurs éléments qui pourraient constituer un frein à l'arrêt de la consommation tabagique. Ces éléments pourraient être de plusieurs ordres notamment, la dépendance à la nicotine et le manque d'informations concernant les risques du tabagisme sur la grossesse et le fœtus, mais aussi les conditions sociales et environnementales.

1.2 Méthode d'étude

Nous avons effectué une enquête prospective, multicentrique. Nous avons choisi comme support un questionnaire destiné aux femmes enceintes venant à leur rendez-vous de consultation. La distribution s'est déroulée sur une période de cinq mois, du 14 juin 2007 au 16 novembre 2007.

1.2.1 Lieux d'étude

Au départ, notre étude devait être unicentrique et se dérouler exclusivement au centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen. Mais devant le peu de questionnaires recueillis sur une période de trois mois, nous avons choisi d'élargir notre enquête au centre hospitalier d'Elbeuf et du Havre Monod. Au sein des différents centres hospitaliers, lorsque les femmes se rendaient à leur consultation, quel qu'en était le motif, nous leur demandions leur parité ainsi que leur statut tabagique. Si elles remplissaient les critères de notre étude nous leur proposions de participer à notre enquête. Nous avons également tenté d'en distribuer par le biais des séances de préparation à la naissance qui rassemblent un nombre important de femmes enceintes primipares. Mais devant le caractère peu confidentiel de cette démarche, il nous a semblé préférable d'abandonner cette méthode.

1.2.2 Population choisie

Pour notre étude, nous avons choisi de nous adresser à une population de femmes exclusivement primipares à n'importe quel terme de leur grossesse. Ce

choix de femmes primipares a été souhaité car cette population n'a pas l'expérience de grossesses antérieures associées à la consommation de tabac et de ce fait elles ne reproduisent pas un comportement déjà vécu. De plus cela constitue un critère commun qui permet une comparaison entre les différents éléments de notre échantillon Le questionnaire était donné aux patientes qui avaient une consommation tabagique et à celles qui avaient arrêté leur consommation à tout moment dans leur grossesse ou dans les trois mois maximum qui précédaient le début de la grossesse, afin que cette dernière soit la raison de l'arrêt du tabac.

1.3 Le questionnaire (Annexe 1)

Il est composé de 38 questions et d'un test final de connaissances. La majorité des items est constituée de questions à réponses fermées et/ou à choix multiples, seule une question est ouverte. Nous avons divisé notre questionnaire en 6 parties.

La première partie qui s'intitule « Afin de mieux vous connaître » concerne les caractères généraux qui définissent notre population. En effet l'âge, la situation maritale, le niveau d'étude lié à la catégorie professionnelle, le fait d'exercer ou non une activité et le nombre d'enfants à charge, en prenant en compte également le conjoint, vont nous renseigner sur le profil socio-économique des couples de notre échantillon. Dans cette même partie, nous avons établi une échelle afin de connaître l'appréciation que les femmes ont de leur niveau d'anxiété. Ainsi de 0 à 5 nous considérons que la femme se sent plutôt calme et détendue, de 6 à 10 nous considérons au contraire que la femme se sent plutôt nerveuse et agitée. Nous avons souhaité coter cette impression avant la grossesse et durant celle-ci afin de voir si un état de stress plus important survenait durant la grossesse et pouvait alors entraver une éventuelle démarche de sevrage tabagique.

La deuxième partie qui s'intitule « Votre consommation de tabac » nous renseigne sur les habitudes tabagiques des femmes en dehors de leur état de grossesse. A savoir l'âge de début de leur consommation de tabac, comment elles la caractérisent, si elles ont déjà tenté un sevrage tabagique et par quels

moyens. Nous avons adjoint à cette partie le test de Fagerström qui nous permet de coter la dépendance à la nicotine des femmes. Ainsi si le score se situe entre 0 et 2, il n'y a pas de dépendance, s'il est égal à 3 ou 4 il existe une faible dépendance, s'il est de 5 ou 6 il existe une dépendance moyenne et enfin s'il se situe entre 7 et 10 il y a une forte dépendance. Cela nous permettra de savoir si le niveau de dépendance influence la femme quant à une démarche de sevrage tabagique.

La troisième partie « Vous, le tabac et la grossesse » nous indique le terme de la grossesse de la femme ainsi que sa prise de poids depuis le début de la grossesse. Ainsi en fonction de ces deux paramètres nous avons pu juger si la prise de poids était insuffisante, trop importante ou dans la norme c'est-à-dire une prise de poids qui correspondrait à 1kg par mois pendant les six premiers mois et à 2kg dans les trois derniers mois et ce afin de voir si un arrêt de la consommation de tabac est à l'origine d'une prise de poids plus importante. Nous avons introduit une question concernant les nausées de début de grossesse dans le but de savoir si leur présence rendait un arrêt de consommation de tabac plus aisé. Parallèlement, nous voulons savoir si les femmes ont reçu des informations sur le tabac et dans quel contexte. Nous souhaitons également connaître les habitudes tabagiques de leur conjoint et de leur entourage afin de voir si cela peut constituer un obstacle à l'arrêt du tabagisme de la femme enceinte.

La partie suivante est scindée en deux selon que la femme a arrêté sa consommation de tabac ou l'a continuée. Dans le premier cas, nous nous renseignons sur les conditions du sevrage tabagique (à quel moment, comment et par quels moyens). Dans le deuxième cas, nous nous renseignons sur la consommation de tabac actuelle de la femme et si cette dernière a tenté un sevrage.

Dans la cinquième partie qui s'intitule « Votre consommation de tabac après l'accouchement », nous cherchons à connaître le mode d'allaitement qui sera choisi afin de voir si un tabagisme maternel induit dans la majorité des cas un allaitement artificiel du fait d'un manque de connaissances qui sera établi grâce à la question suivante. Puis nous verrons si les femmes changeront leurs

habitudes de vie par rapport au tabac, ainsi que le moyen de contraception qu'elles souhaitent prendre au terme de leur grossesse.

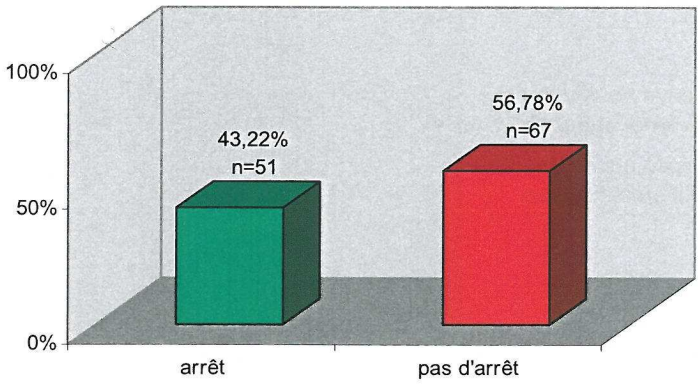
Enfin le questionnaire se conclut par un test de connaissances basé sur 10 affirmations exactes ou non concernant les risques du tabac par rapport à la grossesse, au fœtus et au nouveau-né. Ainsi, si le nombre de bonnes réponses est compris entre 0 et 3 nous considérons que la connaissance est insuffisante, s'il est compris entre 4 et 6 nous considérons que la connaissance est moyenne, et enfin s'il est compris entre 7 et 10 nous considérons que la connaissance des risques est bonne.

Toutes les données ont été saisies dans le logiciel EXCEL sur Microsoft. Puis nous avons effectué les statistiques en nous basant sur le logiciel Stata version 7. Les relations entre les variables qualitatives ont été calculées par un test du Chi^2 ou un test de Fischer (lorsque les conditions nécessaires au test du Chi^2 ne se trouvaient pas toutes réunies). La relation était dite significative lorsque le risque d'erreur était inférieur à 5% ($p<0.05$).

2. RESULTATS

Nous avons distribué au total 122 questionnaires. Tous ont été récupérés, seulement 4 se sont révélés inexploitables.

Répartition des femmes selon l'arrêt de tabac ou non (n=118)

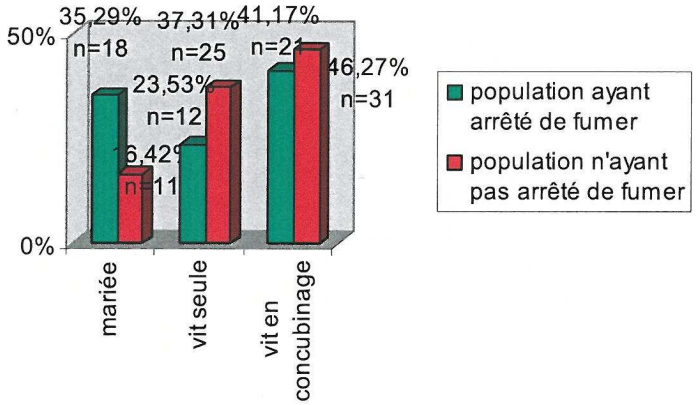


Dans notre population, nous pouvons remarquer que 43,22% des femmes ont stoppé leur consommation de tabac avant ou au cours de leur grossesse (population que nous nommerons Pa), contre 56,78% des femmes qui ont poursuivi leur consommation de tabac (population que nous nommerons Pt).

2.1 Les caractéristiques socio-économiques et culturelles

La situation familiale

Répartition des femmes selon la situation familiale (n=118)

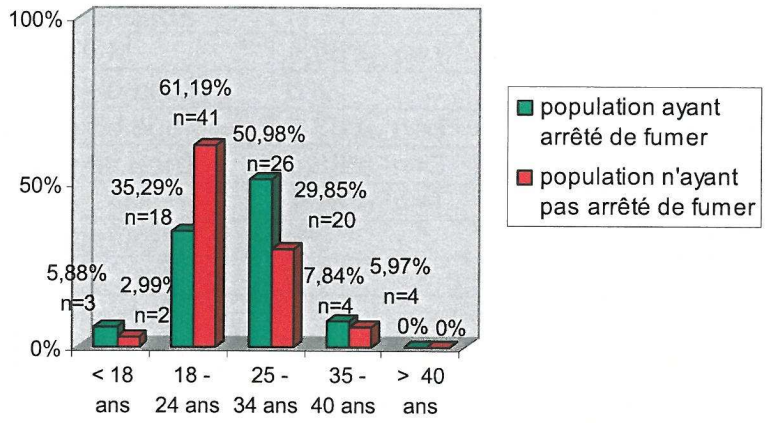


Dans chaque population, la majorité des femmes vit en couple, qu'elles soient mariées ou vivent en concubinage. Cependant, une part plus importante de la population Pt vit seule (37,3% versus 23,5%) mais nous ne retrouvons

pas de différence significative (p>0,05) entre nos deux populations en ce qui concerne ce critère.

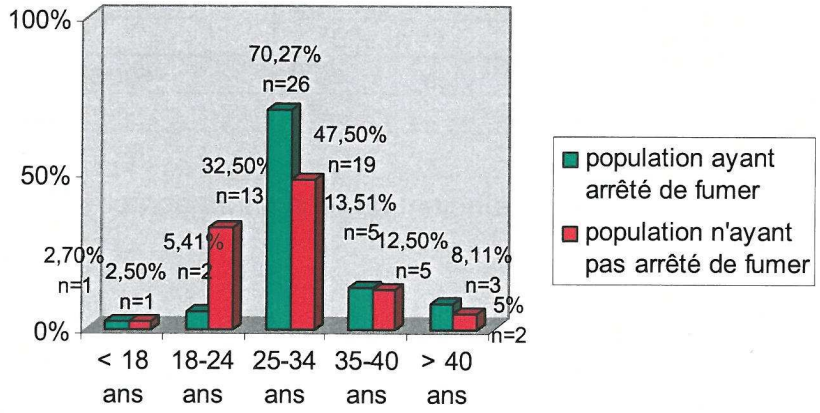
L'âge

Répartition des femmes selon la tranche d'âge (n=118)



Dans notre population nous retrouvons une différence significative (p=0,037) de répartition entre les catégories d'âge, avec pour la population Pa une majorité de femmes se classant dans la tranche des 25-34 ans, et pour la population Pt une majorité se situant dans la tranche des 18-24 ans. Nous pouvons dire que les femmes qui n'ont pas stoppé leur consommation de tabac durant la grossesse sont en majorité plus jeunes.

Répartition des compagnons selon la tranche d'âge (n=77)



En ce qui concerne les compagnons des femmes de nos deux populations, pour la population Pa une grande majorité d'hommes se situe dans la classe des 25-34 ans. Pour la population Pt, quasiment la moitié des hommes est retrouvée dans la classe des 25-34 ans.

L'origine ethnique

Répartition des femmes selon l'origine ethnique

	Population ayant arrêté de fumer n=51	Population n'ayant pas arrêté de fumer n=67
France métropolitaine	**84,31%, n=43**	**94,03%, n=63**
DOM-TOM	1,96%, n=1	0%
Europe du nord	0%	1,49%, n=1
Europe du sud	5,88%, n=3	2,99%, n=2
Afrique du nord	5,88%, n=3	0%
Afrique	1,96%, n=1	1,49%, n=1
Asie mineure	0%	0%
Asie	0%	0%

Les femmes de chaque population sont majoritairement d'origine française. Les femmes originaires des DOM-TOM et d'Afrique du nord sont représentées dans la population Pa contrairement à la population Pt où sont représentées les femmes originaires d'Europe du nord.

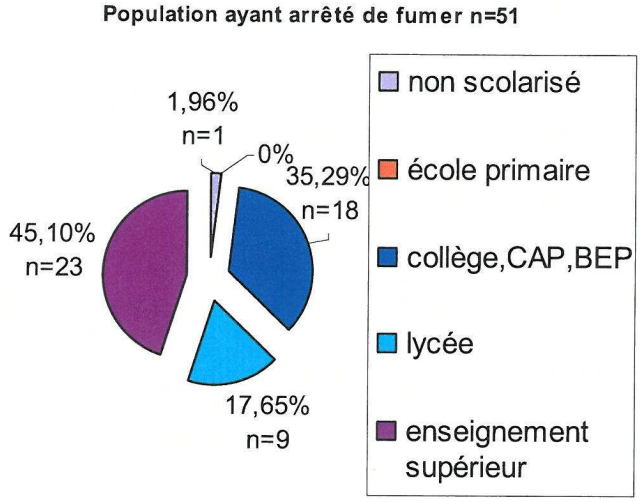
Répartition des compagnons selon l'origine ethnique

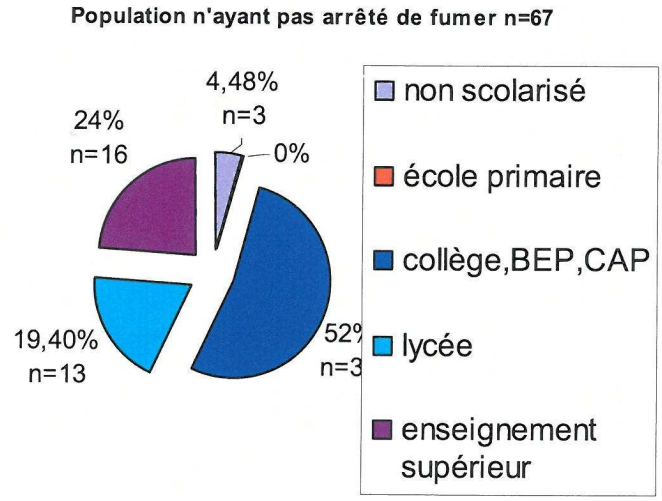
	Population ayant arrêté de fumer	Population n'ayant pas arrêté de fumer
France métropolitaine	**89,19%, n=33**	**75%, n=30**
DOM-TOM	0%	5%, n=2
Europe du nord	2,70, n=1	2,50%, n=1
Europe du sud	2,70%, n=1	7,50%, n=3
Afrique du nord	2,70%, n=1	5%, n=2
Afrique	2,70%, n=1	5%, n=2
Asie mineure	0%	0%
Asie	0%	0%

Les compagnons sont en majorité originaires de France métropolitaine.

Le niveau d'études

Répartition des femmes selon le niveau d'étude

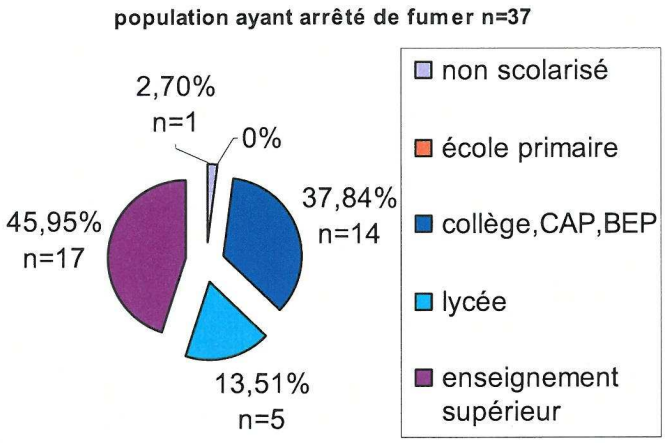


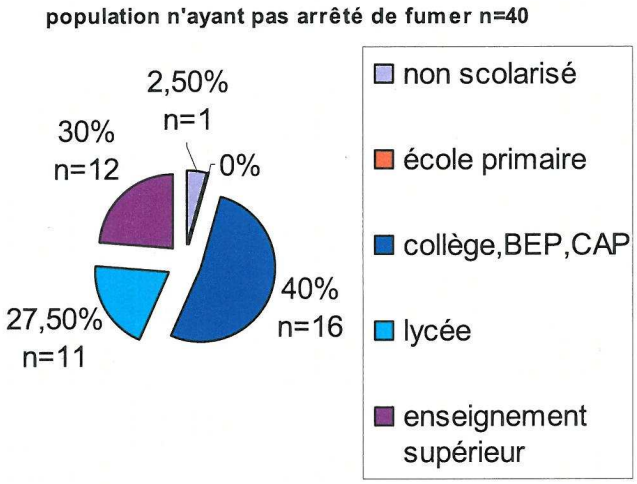


Dans la population Pa, nous retrouvons une majorité de femmes ayant un niveau d'études correspondant à l'enseignement supérieur (45,10%). En ce qui concerne la population Pt, nous retrouvons une majorité de femmes dont le niveau d'études correspond à celui du collège, CAP ou BEP (52,24%). En ce qui concerne les compagnons, leur répartition au sein de chaque population équivaut à celle des femmes de la même population.

Mais nous ne retrouvons pas de différence significative ($p>0,05$) pour ce critère.

Répartition des compagnons en fonction du niveau d'étude





La répartition dans chaque catégorie de niveau d'étude est quasiment équivalente pour nos deux populations en ce qui concerne les compagnons.

La catégorie socio-professionnelle

Répartition des femmes selon la catégorie socio-professionnelle

	Population n'ayant pas arrêté de fumer n=51	Population ayant arrêté de fumer n=67
Agriculteur,exploitant	0%	1,49%, n=1
Artisan,commerçant,chef d'entreprise	3,92%, n=2	5,97%, n =4
Professions intermédiaires	15,69%, n =8	5,97%, n=4
Employé	**47,06%, n=24**	**53,73%, n=36**
Ouvrier	13,73%, n=7	14,93%, n=10
Etudiant	7,84%, n=4	1,49%, n=1
Sans activité	11,76%, n=6	16,42%, n=11

Dans la population Pa, la catégorie des employés est majoritairement représentée avec 47,06% ; comme dans la population Pt avec 53,73%.
Nous retrouvons une répartition quasiment identique de nos deux populations pour chaque catégorie de profession.

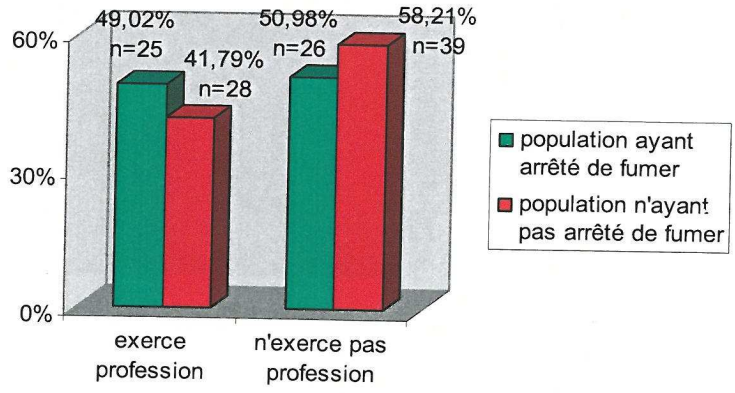
Répartition des compagnons selon la catégorie socio-professionnelle

	Population ayant arrêté de fumer n=37	Population n'ayant pas arrêté de fumer n=40
Agriculteur,exploitant	0%	0%
Artisan,commerçant,chef d'entreprise	5,41%, n=2	2,50%, n=1
Professions intermédiaires	18,92%, n=7	7,50%, n=3
Employé	**45,95%, n=17**	**47,50%, n=19**
Ouvrier	24,32%, n=9	35%, n=14
Etudiant	2,70%, n=1	2,50%, n=1
Sans activité	2,70%, n=1	5%, n=2

La catégorie des employés est représentée en majorité en ce qui concerne les compagnons.

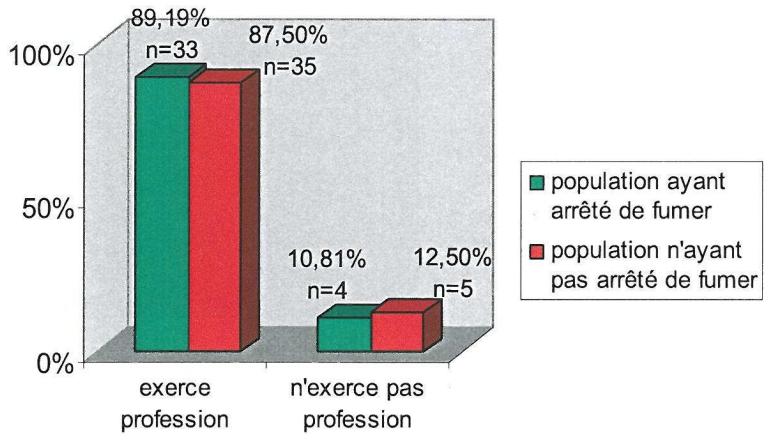
L'exercice d'une activité professionnelle

Répartition des femmes selon qu'elles exercent une activité professionnelle ou non (n=118)



Dans la population Pa, il y a une proportion quasiment identique entre les femmes qui exercent une activité professionnelle en dehors de la grossesse et celles qui n'ont pas d'activité professionnelle. Pour la population Pt nous pouvons remarquer une part plus importante de femmes n'exerçant pas d'activité professionnelle. Cependant nous ne retrouvons pas de différence significative pour cet élément (p>0,05).

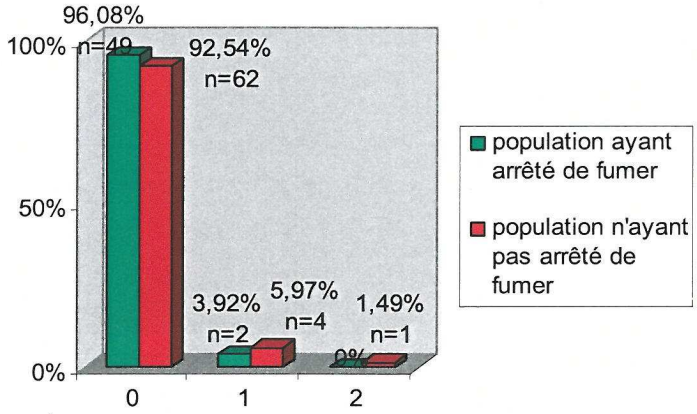
Répartition des compagnons selon qu'ils exercent une activité professionnelle ou non (n=77)



En ce qui concerne les compagnons, ils sont une grande majorité, dans les deux catégories de population, à exercer une activité professionnelle.

Le nombre d'enfants à charge

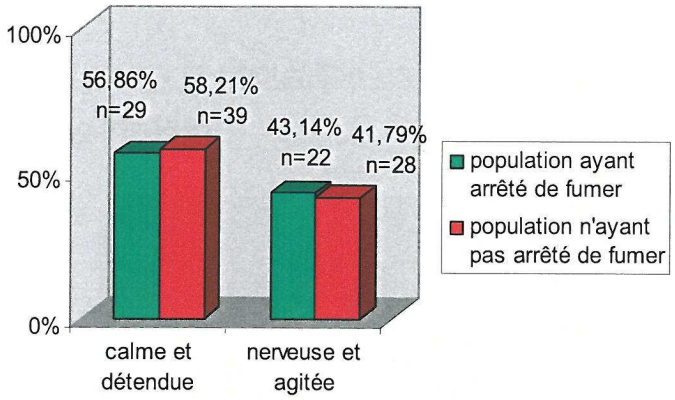
Répartition des femmes selon le nombre d'enfants à charge (n=118)



Dans nos deux populations, nous retrouvons une grande majorité de femmes n'ayant aucun enfant à charge. Remarquons que pour une population de primipares nous retrouvons sept patientes ayant des enfants à charge.

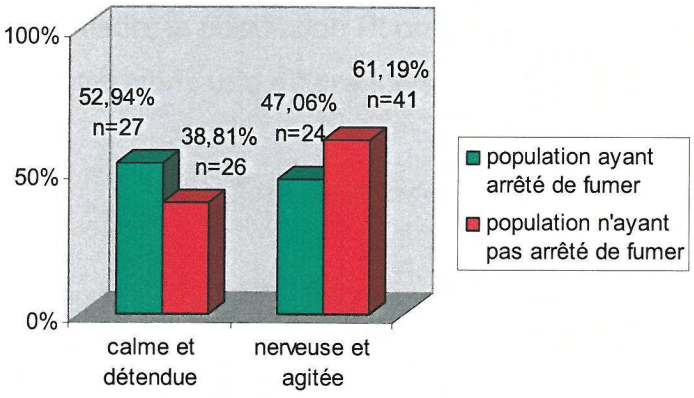
Etat de nervosité des femmes avant et durant la grossesse

Répartition des femmes selon leur comportement avant la grossesse (n=118)



Avant la grossesse, nous pouvons remarquer que dans chaque population les proportions de femmes sont quasiment équivalentes pour chaque critère, à savoir se disant plutôt calme et détendue ou nerveuse et agitée. Nous retrouvons cependant une majorité de femmes se sentant plutôt calme et détendue.

Répartition des femmes selon leur comportement durant la grossesse (n=118)

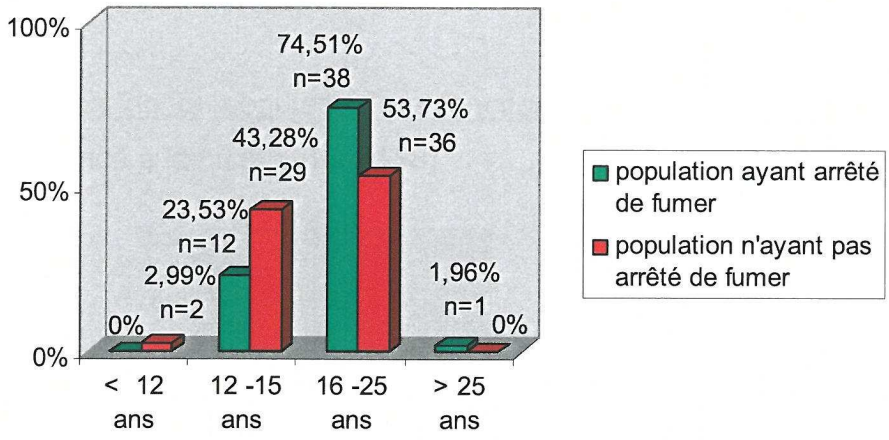


Au cours de la grossesse, pour ce qui est de la population Pa, nous retrouvons une discrète majorité se sentant plutôt calme et détendue, contrairement à la population Pt qui se sent, en part plus importante, plutôt nerveuse et agitée, mais la différence retrouvée n'est pas significative ($p>0,05$).

2.2 La consommation de tabac avant la grossesse

Age de début de consommation de tabac

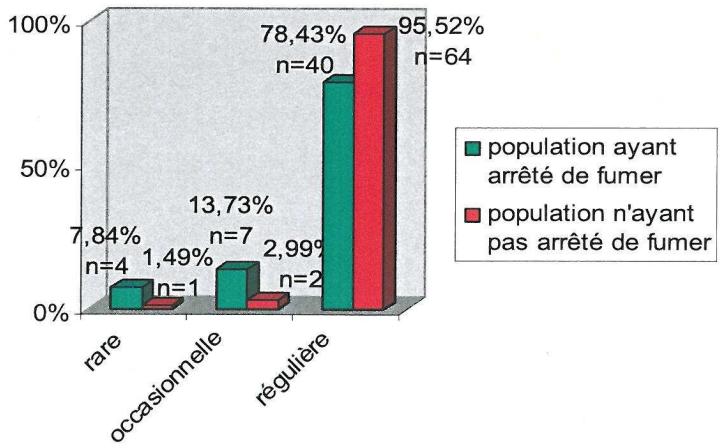
Répartition de la population en fonction de l'âge de début de la consommation de tabac (n=118)



Dans la population Pa, nous pouvons remarquer qu'il y a une grande majorité de femmes ayant commencé à fumer entre l'âge de 16 et 25 ans. Pour ce qui est de l'âge de début de consommation de tabac inférieur à 15 ans, en comparaison, la population Pt présente une part plus importante.
Nous retrouvons une différence significative avec $p<0,05$ pour ce critère.

Le type de consommation tabagique

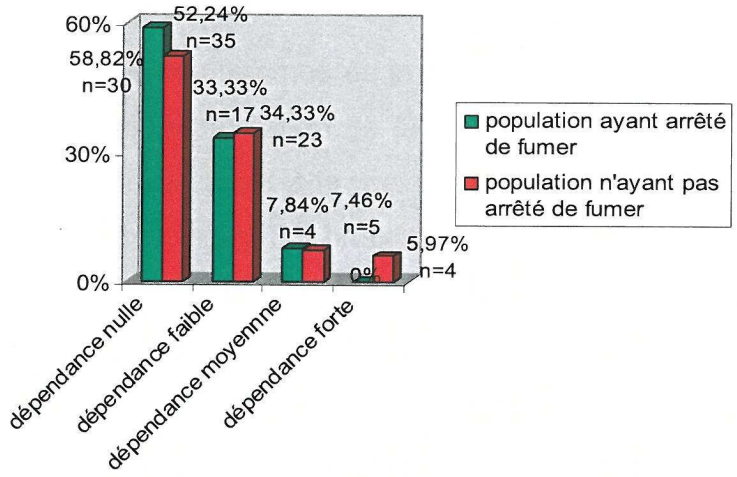
Répartition de la population en fonction du type de consommation tabagique (n=118)



Dans nos deux populations nous pouvons remarquer que la majorité des femmes estiment avoir une consommation de tabac régulière (tous les jours) avant leur grossesse. Nous pouvons noter qu'il y a 11 patientes ayant stoppé leur consommation de tabac qui déclarent avoir une consommation rare (lors de soirées ou évènements) ou occasionnelle (1 à 2.fois par semaine).

Le niveau de dépendance

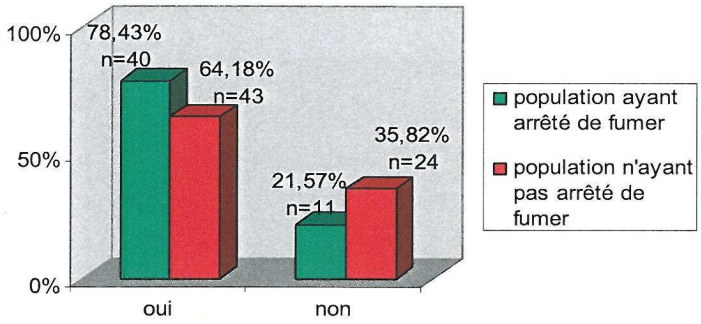
Répartition de la population en fonction du test de Fagerström (niveau de dépendance à la nicotine) (n=118)



Nous pouvons remarquer que la majorité des femmes de nos deux populations Pa et Pt présente, d'après le test de Fagerström, une dépendance à la nicotine nulle. Mais il est important de noter que nous retrouvons 5,97% de femmes ayant une dépendance forte. Elles se situent dans la population Pt.

Tentative d'arrêt de la consommation de tabac

Répartition de la population en fonction de l'essai d'un arrêt de la consommation de tabac avant la grossesse (n=118)



Qu'il s'agisse des femmes de la population Pa ou Pt, la majorité ont tenté un arrêt de leur consommation de tabac avant leur grossesse. Nous pouvons noter que comparativement à la population Pa, les femmes de la population Pt ont tenté en nombre moins important un arrêt de tabac avant la grossesse.

Les moyens utilisés pour la tentative d'arrêt

Les moyens utilisés pour l'arrêt de la consommation de tabac

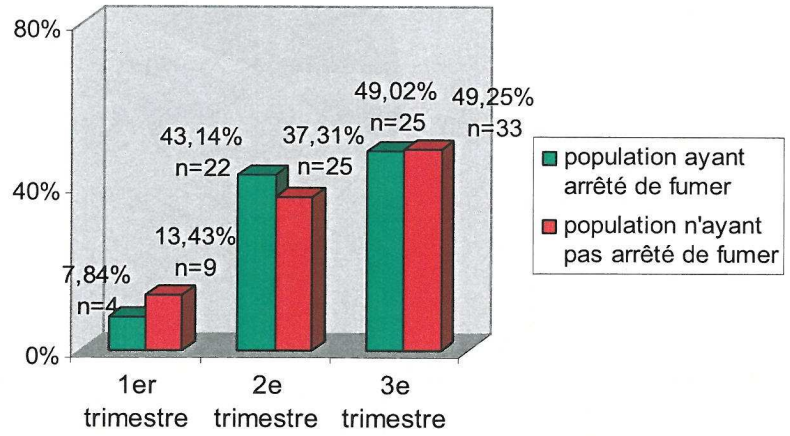
	Population ayant arrêté de fumer	Population n'ayant pas arrêté de fumer
Patchs	17,50%, n=7	32,56%, n=14
Médicaments	5%, n=2	4,65%, n=2
Consultation	0%	4,65%, n=2
Gommes à mâcher	5%, n=2	11,63%, n=5
Acupuncture/homéopathie	0%	4,65%, n=2
Seule	**80%, n=32**	**74,42%, n=32**

La majorité des femmes, dans nos deux populations, ont tenté un arrêt de leur consommation de tabac sans aucune aide.

2.3 Le tabac et la grossesse

Le terme de la grossesse au moment de l'enquête

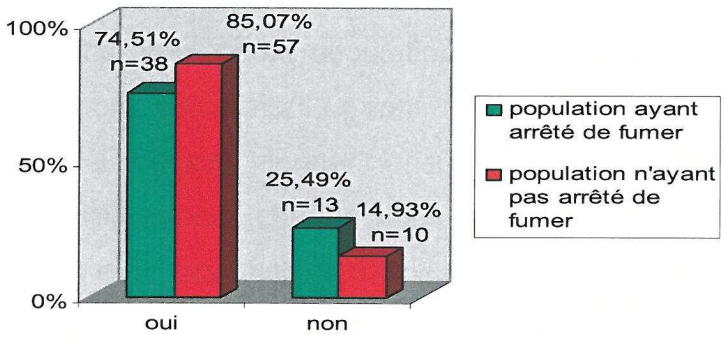
Répartition de la population en fonction du terme de la grossesse (n=118)



Dans chaque population, nous retrouvons une répartition quasiment équivalente pour ce qui est du trimestre de la grossesse constituant ainsi une population de répartition homogène.

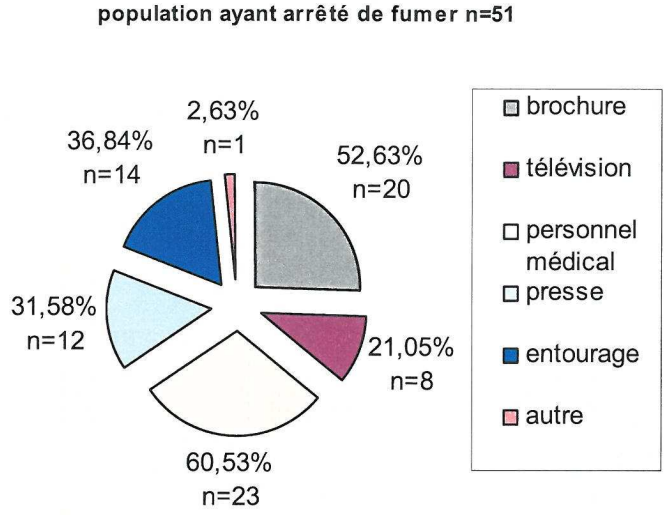
Les informations reçues concernant le tabac et la grossesse

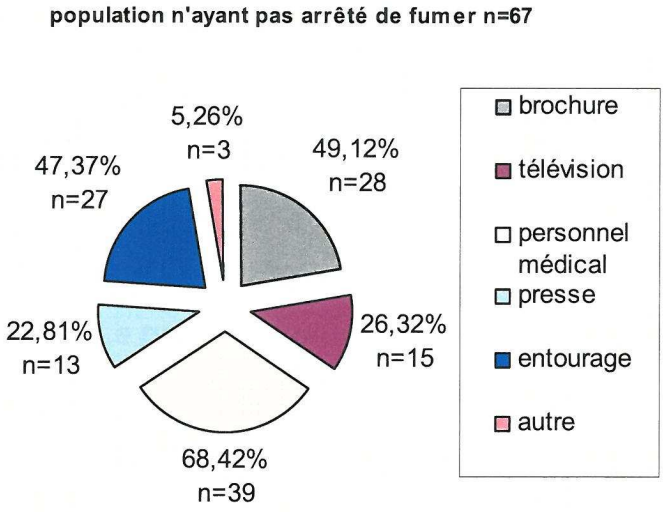
Répartition de la population en fonction du fait d'avoir reçu des informations ou non (n=118)



La majorité des patientes des deux populations ont reçu des informations concernant le tabac et la grossesse, avec une légère part plus important pour les femmes n'ayant pas arrêté leur consommation de tabac au cours de la grossesse.

Répartition des différentes sources d'information

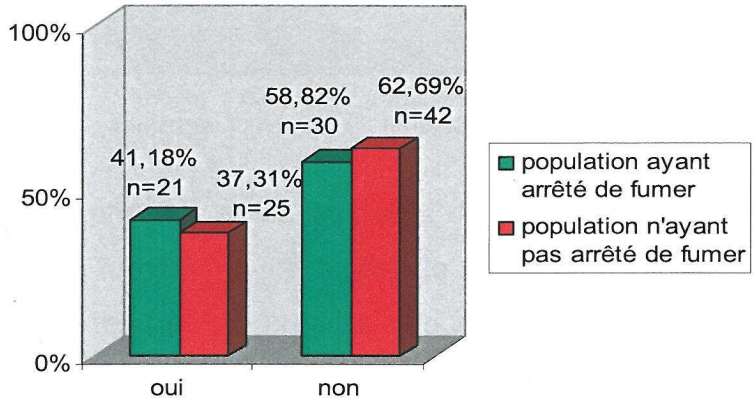




Dans nos deux populations, la majorité des patientes a reçu des informations concernant la consommation de tabac durant la grossesse par le personnel médical, viennent ensuite les brochures et l'entourage des femmes. La répartition pour chaque source d'informations est quasiment identique au sein des deux populations. Dans la catégorie « autre » nous retrouvons internet et les études paramédicales comme sources d'informations

Les nausées de début de grossesse

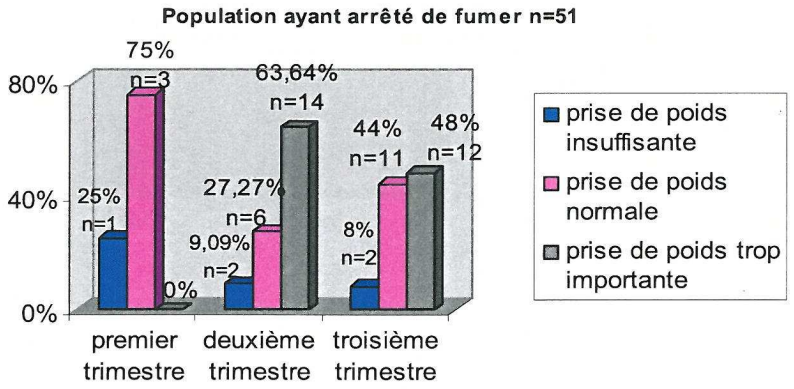
Répartition de la population en fonction de la présence ou non, en début de grossesse, de nausées qui auraient dégoûté du tabac (n=118)

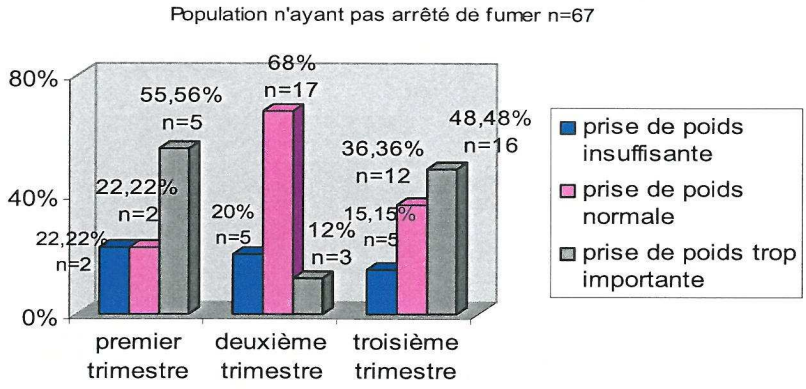


Que ce soit dans la population Pa ou Pt, la majorité des femmes n'a pas eu de nausées au début de leur grossesse qui les auraient dégoûtées du tabac. Nous retrouvons une répartition quasiment équivalente des deux populations en ce qui concerne cet élément.

La prise de poids durant la grossesse

Répartition de la population en fonction de la prise de poids par rapport au trimestre de la grossesse

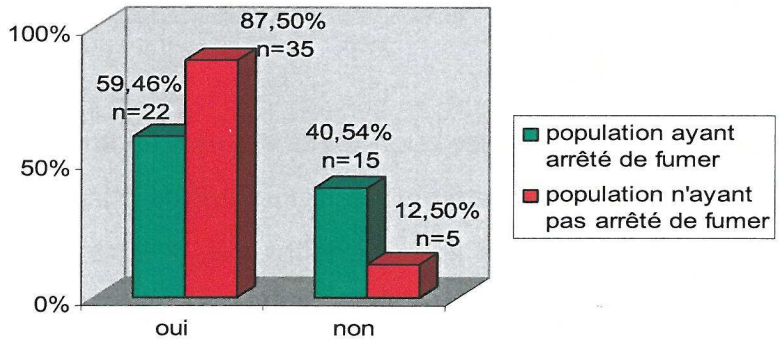




La prise de poids au cours du premier trimestre est en majorité normale pour les femmes ayant arrêté de fumer contrairement aux autres femmes qui ont plus tendance à prendre trop de poids. Cette notion s'inverse au deuxième trimestre avec une prise de poids trop importante pour les femmes ayant arrêté de fumer. Pour ce qui est du troisième trimestre la répartition des femmes de nos deux populations est quasiment identique, avec une légère tendance pour la prise de poids trop importante.

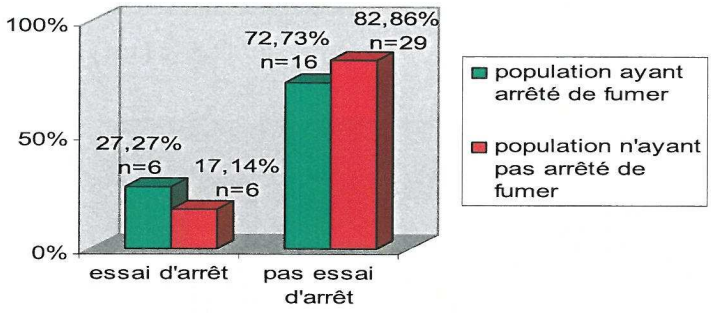
Le statut tabagique du compagnon

Répartition de la population en fonction de la consommation de tabac du compagnon (n=77)



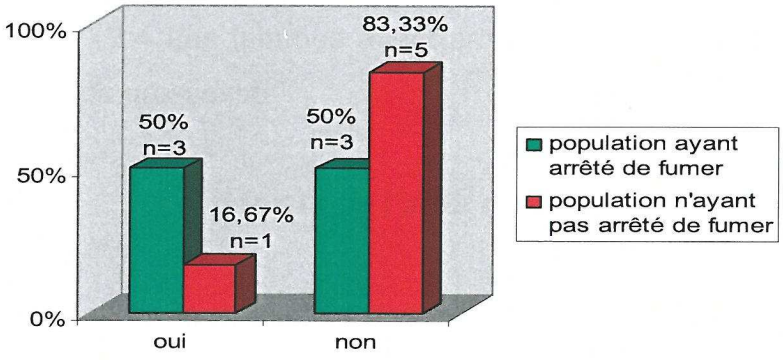
Dans les deux populations Pa et Pt, il y a une majorité de femmes pour lesquelles le compagnon a une consommation de tabac. Nous pouvons noter que cette proportion est plus marquée chez les femmes n'ayant pas arrêté de fumer durant leur grossesse et nous retrouvons une différence significative ($p<0,05$) entre nos deux populations pour cet élément.

Répartition de la population en fonction de la tentative d'arrêt de tabac de la part du compagnon (n=57)



Dans nos deux populations Pa et Pt, nous retrouvons une part plus importante de compagnons qui n'ont pas effectué de tentative d'arrêt de leur consommation de tabac à l'annonce de la grossesse.

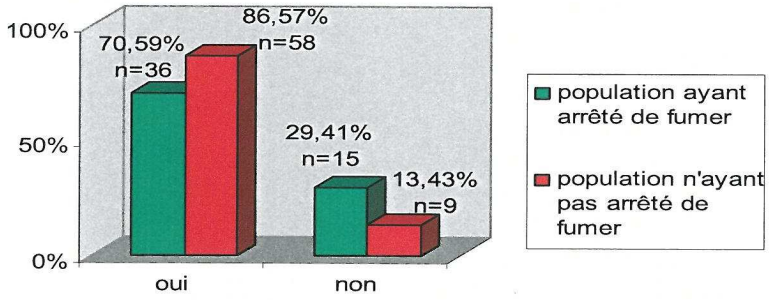
Répartition de la population en fonction de la réussite d'arrêt de tabac du compagnon (n=12)



Dans la population Pa nous retrouvons en part égale les compagnons qui ont réussi à arrêter leur consommation et ceux qui n'y sont pas parvenus. En ce qui concerne la population Pt nous retrouvons une majorité de compagnons qui ne sont pas parvenus à stopper leur consommation de tabac. Nous ne retrouvons pas de différence significative ($p>0,05$) concernant ce critère.

L'environnement tabagique quotidien

Répartition de la population selon l'entourage de personnes fumeuses des femmes (n=118)

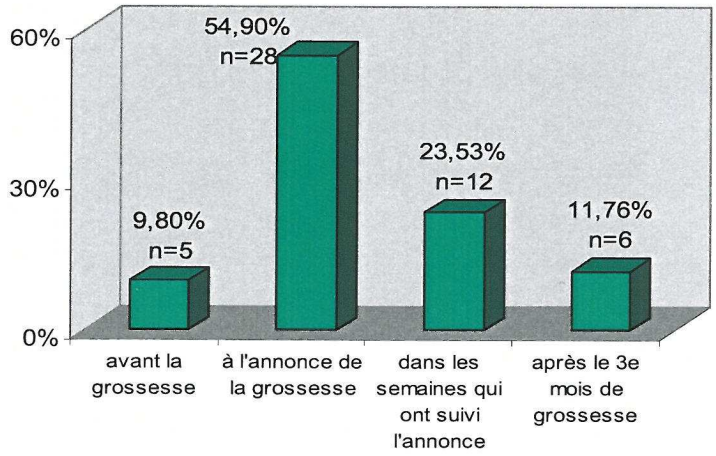


Dans nos deux populations Pa et Pt il y a une majorité de femmes qui sont entourées au quotidien de personnes fumeuses avec une légère proportion plus importante pour les femmes n'ayant pas cessé de fumer durant leur grossesse, nous retrouvons d'ailleurs une différence significative ($p<0,05$) pour ce critère.

2.4 Les femmes ayant arrêté leur consommation de tabac avant ou pendant la grossesse

Le moment de l'arrêt du tabac

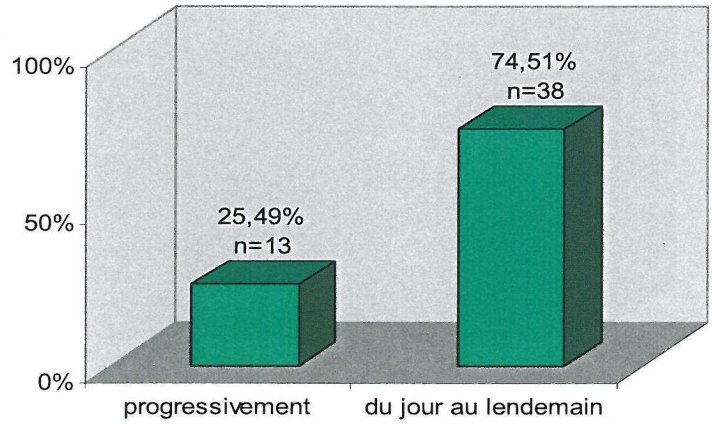
Répartition de la population en fonction du moment de l'arrêt de tabac (n=51)



Dans la population Pa nous retrouvons une majorité de femmes ayant stoppé leur consommation de tabac dès l'annonce de la grossesse.

Comment s'est effectué l'arrêt de tabac

Répartition de la population en fonction de la réalisation de l'arrêt de tabac (n=51)



Nous pouvons remarquer que la majorité des femmes a réalisé l'arrêt de consommation de tabac du jour au lendemain.

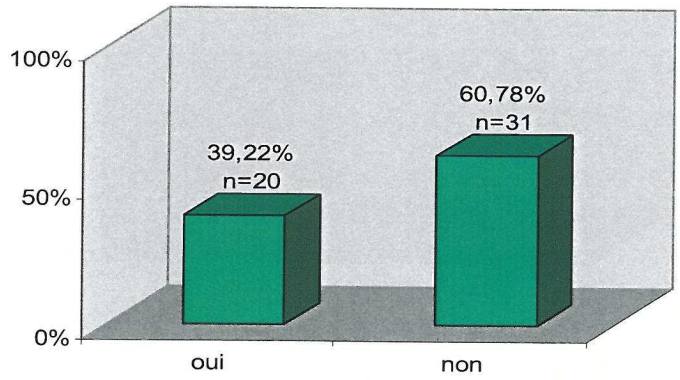
Répartition de la population en fonction du moyen utilisé pour arrêter de fumer

Patchs	1,96%, n=1
Gommes à mâcher	3,92%, n=2
Médicament	0%
Acupuncture,homéopathie	0%
Consultation	0%
Seule	**92,16%, n=47**

Les femmes ont en grande majorité stoppé seule leur consommation de tabac.

Les grignotages depuis l'arrêt du tabac

Répartition de la population en fonction des grignotages plus importants depuis l'arrêt de tabac (n=51)

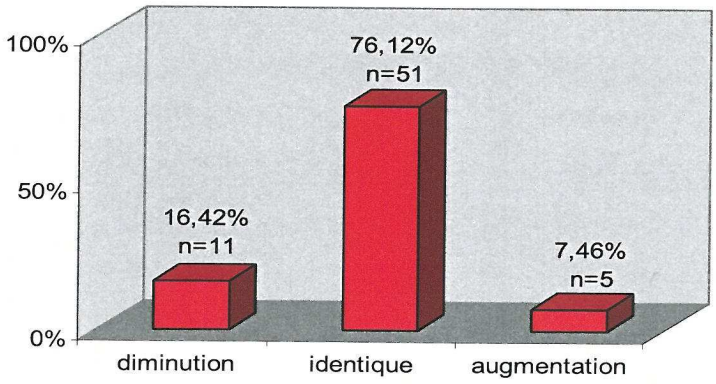


La majorité des femmes ne pense pas grignoter davantage depuis l'arrêt de leur consommation de tabac.

2.5 Les femmes n'ayant pas arrêté leur consommation de tabac durant la grossesse

La consommation quotidienne de tabac

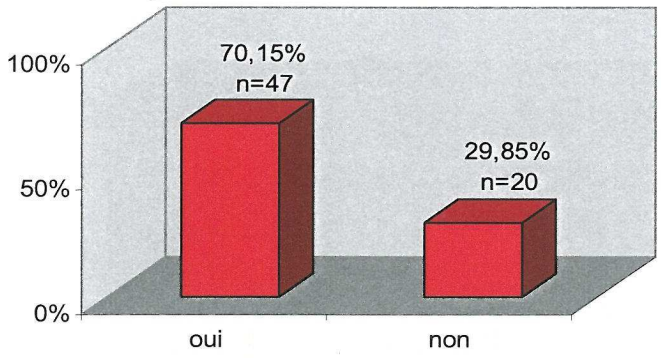
Répartition de la population en fonction de l'évolution de la consommation de tabac durant la grossesse (n=67)



La majorité des femmes a poursuivi, durant leur grossesse, une consommation de tabac identique à celle d'avant la grossesse. Notons qu'il y a 5 femmes qui ont augmenté leur consommation de tabac.

Y a-t-il eu une tentative d'arrêt de la consommation de tabac

Répartition de la population en fonction d'une tentative d'arrêt de tabac (n=67)



La majorité des femmes a tenté un arrêt de leur consommation de tabac depuis le début de leur grossesse.

Quels moyens ont été utilisés pour l'essai d'arrêt de tabac

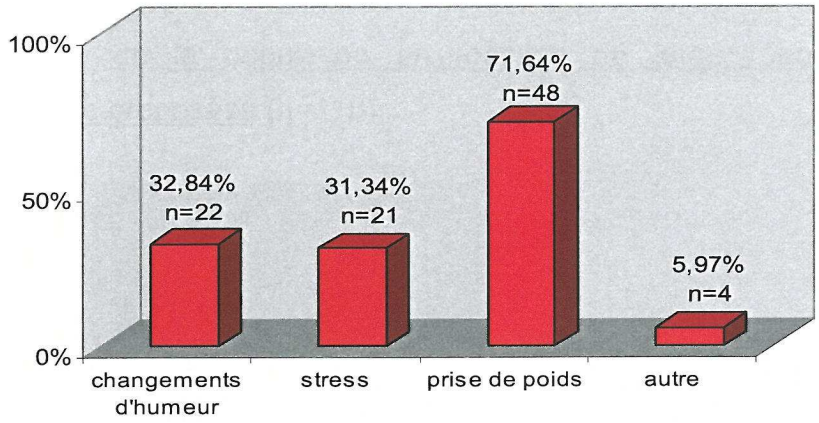
Répartition des moyens utilisés pour l'arrêt du tabac

Patchs	8,51%, n=4
Gommes à mâcher	6,38%, n=3
Médicament	0%
Acupuncture,homéopathie	2,13%, n=1
Consultation	6,38%, n=3
Seule	**85,11%, n=40**

En grande majorité, les femmes ont tenté seule cet arrêt de tabac.

Ce qui pourrait constituer un frein à l'arrêt du tabac

Répartition de la population en fonction de ce qui peut constituer un frein à l'arrêt du tabac (n=67)

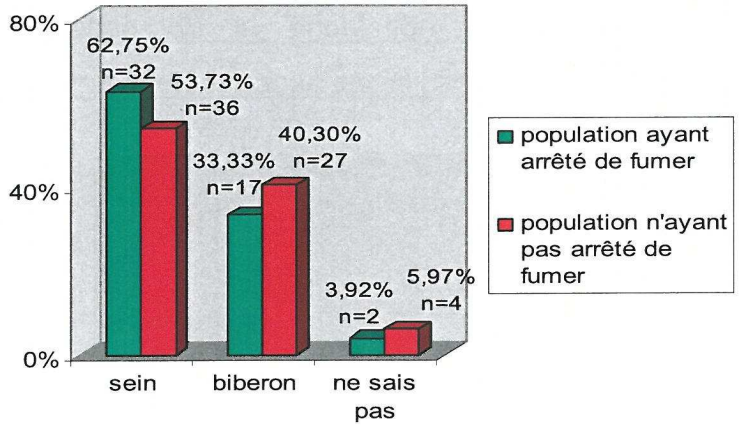


Pour la plupart des femmes la prise de poids constitue une difficulté à l'arrêt du tabac. Pour les 4 femmes ayant coché la proposition « autre » nous retrouvons la dépendance au tabac.

2.6 Le tabac après l'accouchement

Le mode d'allaitement envisagé

Répartition de la population en fonction du mode d'allaitement envisagé (n=118)

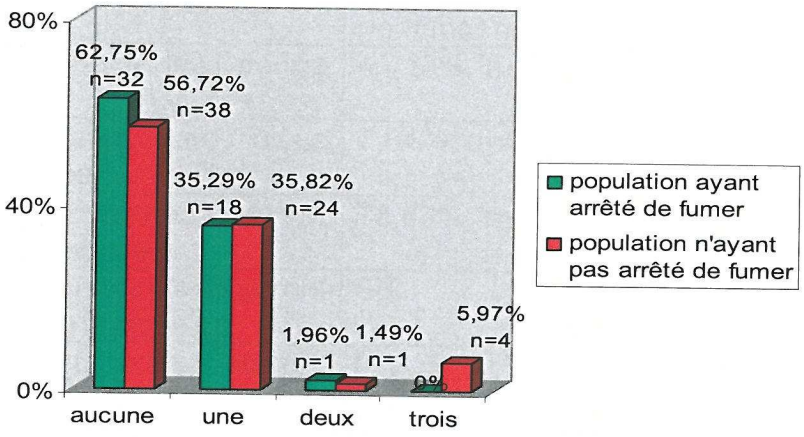


En ce qui concerne les populations Pa et Pt, la majorité des femmes pense choisir l'allaitement maternel comme mode d'alimentation pour l'enfant à venir.

A noter que dans la population Pt la différence de proportion entre l'allaitement au sein et au biberon est moins marquée que pour l'autre catégorie de femmes.

Le tabac et l'allaitement maternel

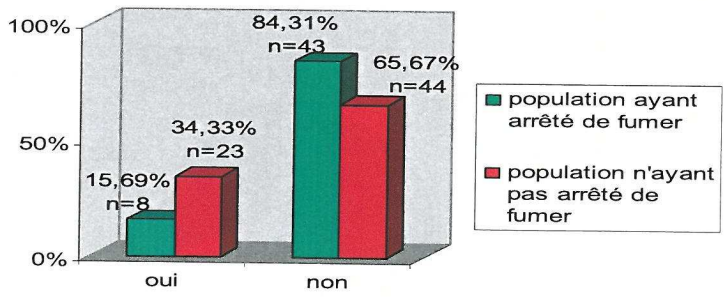
Répartition de la population en fonction de leurs réponses justes aux affirmations proposées (n=118)



La majorité des femmes, dans les deux populations Pa et Pt, n'a pas répondu correctement aux affirmations proposées.
Cependant, les seules femmes ayant répondu de façon exacte à chaque affirmation proposée appartiennent à la population Pt.

La consommation de tabac après l'accouchement

Répartition de la population en fonction de la reprise identique de consommation de tabac après l'accouchement (n=118)



La grande majorité des femmes, dans les populations Pa et Pt, ne pense pas reprendre une consommation de tabac identique à celle antérieure à la grossesse. Notons qu'il existe une proportion plus importante de femmes qui

pensent reprendre une consommation identique de tabac après l'accouchement au sein de la population Pt, la différence retrouvée est significative avec $p<0,05$.

Le comportement par rapport au tabac au sein du foyer

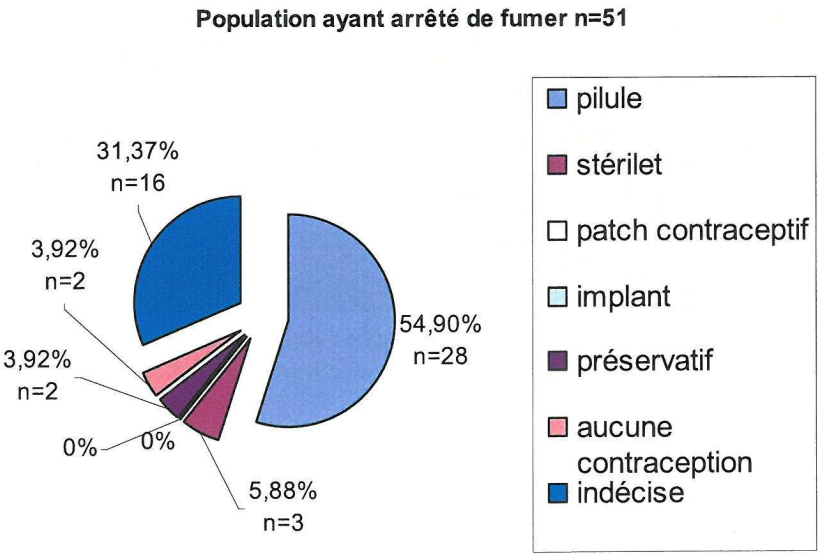
Répartition de la population en fonction de leurs attitudes, au sein de leur foyer, face au tabac

	Population ayant arrêté de fumer n=51	Population n'ayant pas arrêté de fumer n=67
Personne ne pourra fumer	41,18%, n=21	40,30%, n=27
Il y aura une pièce réservée	7,84%, n=4	23,88%, n=16
Les personnes devront aller dehors	**78,43%, n=40**	**70,15%, n=47**
Les personnes pourront fumer n'importe où	0%	1,49%, n=1
Les personnes pourront fumer dans la pièce où se trouve l'enfant	0%	0%

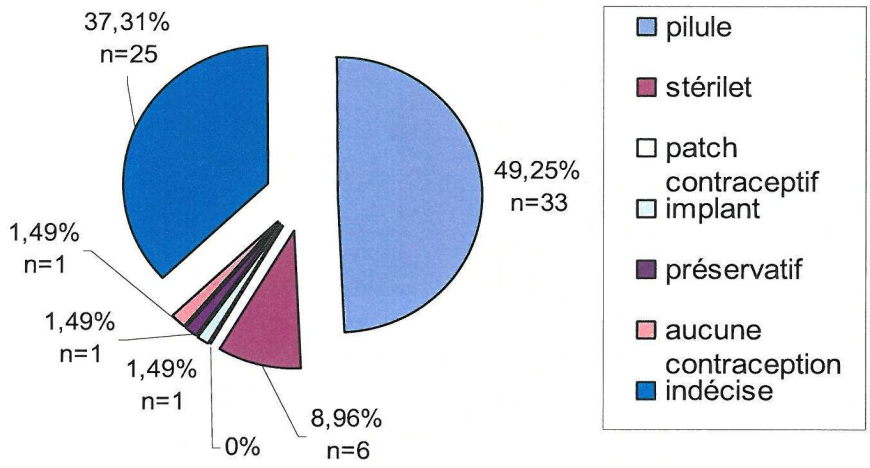
Pour nos deux populations, en majorité, les femmes laisseront leur entourage fumer exclusivement en dehors de leur foyer.

Le mode de contraception envisagé après l'accouchement

Répartition de la population en fonction du mode de contraception envisagé après l'accouchement (n=118)



Population n'ayant pas arrêter de fumer n=67

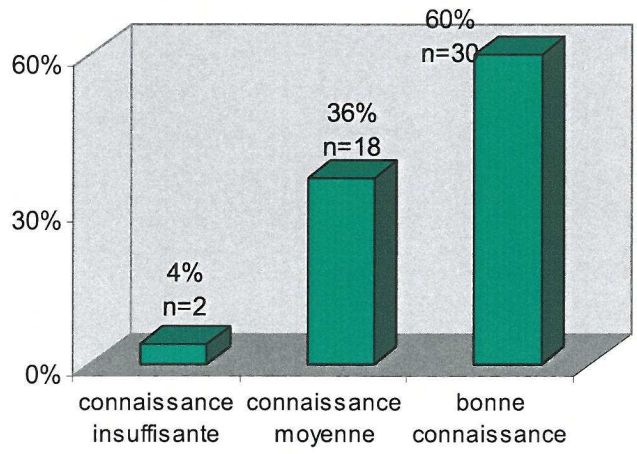


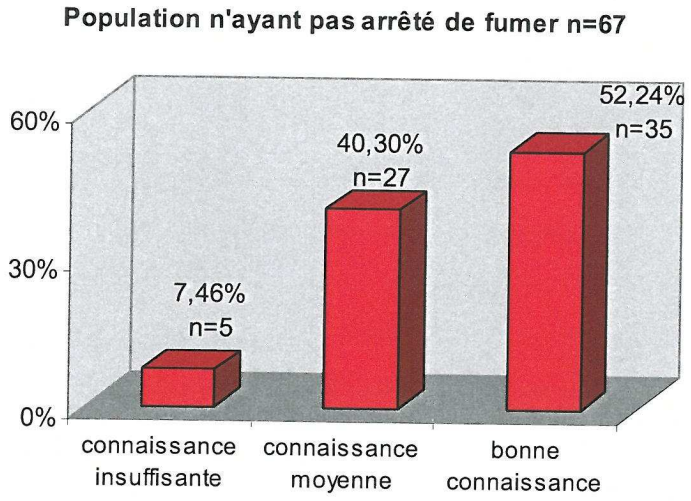
La pilule est le mode de contraception choisi en majorité par les femmes de nos deux populations, vient ensuite le stérilet. Une part importante de femmes, dans les deux populations, reste indécise quant à leur choix de contraception.

2.7 Test de connaissances

Répartition de la population en fonction de leur niveau de connaissances au test de connaissances

Population ayant arrêter de fumer n=51





Dans nos deux population Pa et Pt, nous retrouvons une majorité de femmes ayant une bonne connaissance, c'est-à-dire qu'elles ont entre 7 et 10 réponses justes au test. La part la plus importante de femmes ayant une connaissance insuffisante (de 0 à 3 réponses correctes) se retrouve dans la population Pt. Cependant la moyenne au test de connaissances de chaque population est sensiblement identique avec 6,68 pour la population Pa et 6,37 pour la population Pt. Avec une moyenne de 6,50 pour la population générale.

DISCUSSION

Lors de la Conférence de consensus « Grossesse et tabac » tenue en 2004, il a été évoqué que 19,5% de femmes enceintes fumaient au cours de leur grossesse. Ce chiffre n'étant pas négligeable, nous avons souhaité réaliser une enquête afin de trouver des éléments, si possible déterminants, permettant d'aider au mieux les femmes enceintes fumeuses à stopper leur consommation de tabac.

Nous avons retrouvé dans notre étude un taux important de femmes qui ont poursuivi leurs habitudes tabagiques au cours de la grossesse : 56,78% parmi les 118 femmes primipares interrogées. Il y a donc une majorité de notre population qui n'a pas pu se résoudre à arrêter sa consommation de tabac. Cela montre que l'usage du tabac durant la grossesse demeure encore un réel problème dans la prise en charge des patientes.

Après analyse des résultats de notre enquête, nous pouvons répondre aux hypothèses formulées par notre questionnement concernant le sevrage tabagique des femmes enceintes. Nous retrouvons certains éléments qui diffèrent entre nos deux populations (les femmes ayant arrêté de fumer durant leur grossesse versus les femmes ayant poursuivi leur consommation de tabac durant leur grossesse) qui pourraient expliquer la réussite d'un sevrage tabagique au moment de leur grossesse. Au contraire, d'autres éléments n'apparaissent pas être déterminants.

Le niveau socio-économique de la femme enceinte :

Dans de nombreuses études, il est retrouvé, plus fréquemment, chez les femmes exposées au tabac durant la grossesse une précarité sociale. Dans notre étude, nous retrouvons un niveau socio-économique quasiment identique pour nos deux catégories de femmes. En effet :

- la majorité vit en couple (69,49%),
- même si une différence est retrouvée en ce qui concerne le niveau d'étude, cela ne se retrouve pas dans la catégorie professionnelle où les femmes appartiennent en majorité à la catégorie des employés (47,06% des femmes ayant arrêté leur consommation de tabac et 53,73% des femmes ayant poursuivi leur consommation de tabac). En ce qui concerne les compagnons, ces derniers sont également majoritairement des employés,

- aucune différence statistiquement significative n'est retrouvée au niveau de l'exercice de l'activité professionnelle : 58,21% de femmes n'ayant pas arrêté leur consommation de tabac, déclarent ne pas exercer d'activité professionnelle en dehors de leur congé maternité. Pour l'autre catégorie de femmes, 50,98% d'entre elles n'exercent pas d'activité professionnelle. Pour les compagnons, ils exercent en grande majorité, au sein des deux populations, une activité professionnelle.
- 94,07% des femmes, de nos deux populations, ne possèdent pas d'enfant à charge au sein de leur foyer.

L'âge de la femme enceinte :

L'âge de la femme enceinte semble avoir un impact quant à l'arrêt de la consommation de tabac. La majorité des femmes n'ayant pas arrêté de fumer au cours de leur grossesse a moins de 24 ans. Au contraire, les femmes ayant réussi l'arrêt de leur consommation de tabac ont majoritairement plus de 25 ans. D'un point de vue statistique, la différence retrouvée est significative (p=0,037). Nous pourrions penser que les femmes plus jeunes, faisant peut être preuve de moins de maturité pourraient avoir une prise de conscience des risques du tabagisme moins importante. Cependant cette disparité dans les tranches d'âge n'est pas retrouvée en ce qui concerne la population des compagnons. Pour ce qui est des deux populations de femmes, l'âge des compagnons est en majorité supérieur à 25 ans. Peut-être qu'en impliquant davantage les hommes dans le déroulement de la grossesse, ces derniers faciliteraient l'acceptation d'un sevrage tabagique chez leur compagne.

Le niveau d'étude de la femme enceinte :

Nous retrouvons, comme dans les données de la littérature, une disparité concernant le niveau d'étude des femmes de nos deux populations. En ce qui concerne les femmes ayant stoppé leur consommation de tabac durant la grossesse, elles ont majoritairement un niveau d'étude correspondant à l'enseignement supérieur. Contrairement à l'autre catégorie de notre population qui a, en majorité, un niveau d'étude correspondant au collège, CAP ou BEP. Nous pourrions penser que cette dernière catégorie de femmes possède un

accès à l'information moins aisé. Or, dans notre étude, nous retrouvons une grande majorité de femmes ayant reçu des informations concernant le tabac durant leur grossesse avec 74,51% pour celles ayant arrêté de fumer et 85,07% pour celles qui ont poursuivi leur consommation de tabac. Nous retrouvons un pourcentage plus élevé chez les femmes n'ayant pas arrêté de fumer. Cela peut s'expliquer par le fait que lorsqu'il y a eu un arrêt de tabac celui-ci s'est produit en début de grossesse en majorité donc les femmes n'auraient pas reçu d'informations car le sevrage était déjà effectué. Les différentes sources d'informations s'avèrent être quasiment identiques, avec en première position celles dispensées par le personnel médical puis viennent celles des brochures et de l'entourage de la femme. Nous retrouvons également une moyenne au test de connaissances quasiment identique pour chaque catégorie de femmes à savoir 6,37/10 pour les femmes n'ayant pas arrêté leur consommation de tabac durant la grossesse et 6,68/10 pour les autres femmes (la moyenne de la population générale étant égale à 6,50/10). Nous pouvons en conclure que ce n'est pas le manque d'informations qui freine les femmes ayant un niveau d'étude plus bas pour la mise en place d'un éventuel sevrage de leur consommation de tabac. Mais le fait d'avoir un niveau d'étude qui ne soit pas équivalent entre nos deux populations peut expliquer que les femmes vont avoir un traitement différent de l'information et donc une interprétation qui s'en trouvera modifiée. Puisqu'il apparait donc important de leur dispenser un minimum d'informations sur le tabac et ses risques concernant la grossesse et le fœtus, il est tout aussi important d'évaluer où se situent ces femmes dans leur histoire tabagique ainsi que dans leur éventuel projet de sevrage afin de pouvoir les aider au mieux (en utilisant la méthode d'intervention brève).

L'état de calme et de nervosité de la femme enceinte :

Nous pensions que le niveau de nervosité dans lequel se trouvait la femme enceinte pouvait intervenir dans la réussite du sevrage tabagique. Ainsi nous avons constitué une échelle afin de coter le ressenti des patientes sur leur état de calme ou de stress avant et pendant la grossesse. En ce qui concerne l'impact du niveau de nervosité sur la réussite du sevrage tabagique, il en est ressorti qu'avant la grossesse les femmes se sentent plutôt calmes et détendues avec 56,86% pour celles ayant arrêté leur consommation de tabac et

58,21% pour celles ayant poursuivi leur consommation. Durant la grossesse la tendance s'inverse : 61,19% des femmes qui n'ont pas pu arrêter leur consommation de tabac, se disent en majorité plus nerveuses et agitées, alors que 52,94% des femmes de l'autre population restent en majorité calmes et détendues. Cependant cette différence n'a pas été vérifiée d'un point de vue statistique. Malgré tout, il nous apparaît important de prendre en compte, dans la prise en charge des patientes tabagiques, leur contexte environnemental. Celui-ci pourrait avoir une influence sur leur état de calme pendant la grossesse. Nous pourrions donc proposer à celles qui souhaitent effectuer un sevrage tabagique, et qui en ressentent le besoin, une aide psychologique.

La dépendance à la nicotine :

Nous pensions légitimement qu'un niveau de dépendance élevé à la nicotine pouvait constituer un frein à l'arrêt du tabac. Dans notre étude, nous avons donc relevé :

- l'âge de début du tabac : dans la littérature, 16 ans est la limite d'âge où la consommation de tabac devient régulière. Nous retrouvons, dans nos résultats, des femmes ayant commencé leur consommation à cet âge là. En effet, la part la plus importante de femmes ayant commencé à fumer avant l'âge de 16 ans se retrouve au sein de la population n'ayant pas réussi à stopper sa consommation durant la grossesse. Cette différence est significative d'un point de vue statistique ($p=0,04$).
- la fréquence de consommation de tabac : la plupart des femmes déclare avoir une consommation régulière c'est-à-dire tous les jours (78,43% pour celles ayant arrêté de fumer durant la grossesse et 95,52% pour l'autre catégorie de femmes). Nous pouvons noter que les femmes qui déclarent avoir une consommation rare voire occasionnelle appartiennent à la catégorie de femmes qui ont arrêté leur consommation durant la grossesse.
- La dépendance à la nicotine : nous avons utilisé le test de dépendance à la nicotine (test de Fagerström). Il s'intéresse à la consommation de tabac avant la grossesse, puisque nous savons qu'il n'est pas interprétable durant la grossesse. Nous retrouvons plus de la moitié des femmes dont la dépendance est cotée comme nulle avec 58,82% des femmes ayant arrêté leur

consommation durant leur grossesse et 54,24% des femmes n'ayant pas arrêté. Notons qu'en ce qui concerne le niveau de dépendance forte, nous retrouvons exclusivement des femmes n'ayant pas arrêté leur consommation de tabac durant la grossesse.

L'âge de début de consommation tabagique pourrait être un élément en faveur d'un frein au sevrage durant la grossesse. En effet, plus les femmes commenceraient à fumer jeune et plus le fait d'arrêter serait difficile. La durée d'exposition au tabagisme plus longue ainsi que la consommation quotidienne de tabac soulignerait une dépendance plus importante. Or, nos résultats nous prouvent que la dépendance à la nicotine n'intervient pas au moment du sevrage de la femme enceinte. Comme pour notre étude nous laissions les femmes répondre seules au questionnaire, il se peut que ces dernières aient minoré leur réponse à cause d'une éventuelle culpabilité. Nous pensons que la réussite d'un sevrage au moment de la grossesse est fonction de tout un ensemble de facteurs propres à chaque femme et à son expérience.

La tentative de sevrage antérieure à la grossesse :

Dans la majorité des cas, les femmes de nos deux populations ont tenté, antérieurement à la grossesse, un arrêt de leur consommation de tabac (78,43% des femmes ayant réussi leur sevrage au moment de la grossesse et 64,18% des femmes ayant poursuivi leur consommation durant la grossesse). Elles ont choisi pour la plupart d'entre elles d'effectuer cette tentative d'arrêt de tabac seules, sans aides thérapeutiques (80% des femmes ayant stoppé leur consommation durant la grossesse et 74,42% des femmes ayant poursuivi leurs habitudes tabagiques). Ensuite, venait le patch comme moyen de substitution utilisé le plus fréquemment.
La majorité des femmes de notre population d'étude ne se trouvait donc pas au stade de « fumeur satisfait » avant de débuter leur grossesse, puisqu'elles avaient déjà initié un processus de sevrage. Cela peut expliquer que nous retrouvions une large part de notre population ayant renouvelé cette tentative de sevrage, qu'elle se soit révélée fructueuse ou non. En effet, 43,22% de notre population globale s'est arrêtée de fumer durant la grossesse et 70,15% des femmes qui n'ont pu stopper leur consommation de tabac, avaient entrepris une

démarche de sevrage au début de leur grossesse. Ce sevrage avait été entrepris, en grande majorité, sans aucune aide thérapeutique ou psychologique. Cet élément pourrait expliquer l'échec du sevrage. Cependant, nous retrouvons que lorsque le sevrage a été une réussite, les femmes ont arrêté principalement leur consommation à l'annonce de la grossesse (54,90%), du jour au lendemain (74,51%) et sans aucune aide dans une très grande majorité de cas (92,16%). N'oublions pas que nous nous situons à un moment privilégié de la vie d'une femme, le moment où elle attend son premier enfant. Dans ces conditions, les femmes ne font pas la démarche d'un sevrage uniquement pour elles mais surtout pour le bien-être de leur enfant. La difficulté d'arrêt pourrait se voir minimisée devant une forte volonté de sevrage. Mais pour certaines femmes, il n'apparaît pas si aisé de s'en remettre à leur seule volonté. Nous pensons qu'il serait important de renforcer la motivation liée à la grossesse de ces femmes et de les aider à trouver le moyen le plus adapté afin de les mener vers un sevrage réussi. Ainsi la réalisation systématique, lors de la première consultation prénatale, du dosage de monoxyde de carbone dans l'air expiré nous permettrait d'avoir un reflet de l'intoxication tabagique de la femme. Celle-ci pourrait ainsi mesurer concrètement l'impact de son tabagisme sur le fœtus. Cette mesure pourrait être également proposée au compagnon de la patiente afin de le responsabiliser et de l'inscrire dans l'histoire de la grossesse et peut être ainsi susciter une volonté de sevrage afin de renforcer la motivation de sa conjointe. Il serait également intéressant de mesurer le taux de monoxyde de carbone à chaque consultation prénatale, ce qui permettrait à la femme d'évaluer concrètement les efforts qu'elle a fournis et leurs impacts positifs.

Les habitudes tabagiques du compagnon et l'entourage de la femme enceinte :

Nous retrouvons au sein de nos deux populations une majorité de femmes vivant en couple (76,47% des femmes ayant arrêté de fumer et 62,69% des femmes n'ayant pas arrêté). Au sein de ces couples, une majorité de conjoints consomme du tabac : 59,46% des compagnons en ce qui concerne les femmes ayant stoppé leur consommation de tabac et 87,50% des compagnons pour ce qui est des femmes n'ayant pas arrêté leur consommation. D'un point de vue

statistique la différence retrouvée entre nos deux populations est significative (p=0,005). Parmi les compagnons qui fument, une part plus importante a tenté un arrêt de tabac pour ce qui est des femmes ayant réussi à arrêter totalement le tabac durant leur grossesse (27,27% contre 17,14%) et parmi eux 50% ont stoppé totalement leur consommation. Les habitudes tabagiques du conjoint au sein d'un foyer constituent donc un élément important pour la mise en place et la réussite d'un sevrage chez une femme enceinte, ces données sont en lien avec les éléments de la littérature. Le conjoint pourrait fournir, à ce moment, une aide précieuse à sa compagne. Nous pouvons supposer que les hommes n'ont pas conscience du rôle qu'ils peuvent jouer lors du déroulement de la grossesse puisqu'une grande majorité n'essaie pas d'arrêter sa consommation de tabac à cette occasion (78,95% dans notre population générale). Nous pensons qu'il serait donc important de donner toute sa place au père durant le déroulement de la grossesse et de les sensibiliser plus sur l'influence que peut avoir leur comportement tabagique. Pour cela, il serait utile que les conjoints assistent aux consultations prénatales afin que les explications concernant les risques liés au tabac pendant la grossesse et à plus long terme puissent être transmises aux deux membres du couple. La responsabilité serait ainsi partagée et les actions pourraient être mises en œuvre conjointement de manière à ce que la femme enceinte se sente épaulée.

Nous remarquons également que l'entourage personnel de la femme enceinte, de façon plus large, semble avoir un impact sur la réussite d'un sevrage tabagique. En effet, 86,57% de femmes, parmi celles qui n'ont pas réussi un arrêt de leur consommation de tabac, sont entourées quotidiennement de personnes fumeuses contre 70,59% pour l'autre partie de notre population. La différence retrouvée entre nos deux populations est statistiquement significative (p=0,03). Nous pouvons donc en conclure que les femmes enceintes, entourées au quotidien de personnes fumeuses, rencontrent une difficulté supplémentaire dans leur démarche et le maintien de leur sevrage tabagique. Désormais, puisqu'il est interdit de fumer au sein des lieux publics les tentations devraient diminuer. Toutefois, le tabagisme de l'entourage demeure un paramètre sur lequel il est difficile d'agir.

Les éléments jugés comme un frein à l'arrêt du tabac :

Nous avons demandé aux femmes qui n'ont pas pu stopper leur consommation de tabac au cours de leur grossesse, quels étaient les éléments qui constituaient un frein à leur arrêt. Dans une majorité de cas elles ont répondu la prise de poids (71,64%), puis en proportion quasiment égale venaient les changements d'humeur (32,84%) et le stress (31,34%). Dans notre étude, nous nous sommes interrogés sur la prise de poids des femmes ayant ou non arrêté leur consommation de tabac. Nous avons retrouvé une prise de poids trop importante au deuxième trimestre chez les femmes ayant arrêté de fumer alors que pour les femmes continuant de fumer elle était trop importante au premier trimestre. Pour ce qui est du troisième trimestre, nous avons retrouvé en majorité une prise de poids trop importante dans nos deux populations. Comme il semble que la prise de poids pourrait gêner certaines femmes dans leur sevrage, il nous semblerait approprié de proposer à ces femmes une prise en charge diététique au moment de leur arrêt de tabac afin de les rassurer.

De plus nous avons voulu savoir si les nausées de début de grossesse pouvaient faciliter la mise en place d'un sevrage tabagique. Nous avons retrouvé une répartition quasiment identique de nos deux populations pour ce critère, à savoir que 41,18% des femmes ayant arrêté de fumer déclaraient avoir eu des nausées en début de grossesse contre 37,31% pour l'autre population de femmes ($p=0,7$). Donc ce critère ne semble pas influencer un éventuel arrêt de tabac.

Le tabac après l'accouchement :

Au travers de notre étude, nous avons voulu nous intéresser également à la consommation de tabac des femmes après l'accouchement et aux choix qui en découlaient. En effet, il nous semble important de ne pas aider les femmes seulement dans leur sevrage durant la grossesse mais aussi au-delà de la naissance. Notons que 76,12% des femmes qui avaient continué de fumer, gardaient une consommation identique avant et durant la grossesse. Une différence significative a été retrouvée concernant le projet de la poursuite ou la reprise identique de la consommation de tabac après l'accouchement, entre

nos deux populations. A savoir que 84,31% des femmes ayant arrêté de fumer ne souhaitent pas reprendre une consommation identique par rapport au début de la grossesse contre 65,67% des femmes n'ayant pas arrêté leur consommation de tabac.

Il ressort de l'étude qu'une grande majorité de femmes, ayant arrêté le tabac durant leur grossesse, souhaitait choisir l'allaitement maternel comme mode d'alimentation pour leur futur enfant (62,75% contre 33,33% pour l'allaitement artificiel). Cette tendance pour l'allaitement maternel est retrouvée chez les femmes ayant poursuivi leur consommation de tabac (53,73% contre 40,30% pour l'allaitement artificiel), cet élément se révèle contradictoire avec les données de la littérature.
Nous pensions que les femmes fumeuses s'orienteraient plus vers un mode d'alimentation artificielle non par choix mais par manque d'informations concernant le tabac et l'allaitement maternel. En effet, aux affirmations proposées (il est recommandé d'allaiter son enfant même si l'on fume / il vaut mieux fumer une cigarette après la tétée qu'avant / si on allaite son enfant lorsque l'on fume, il peut devenir dépendant à la nicotine) la majorité des femmes de nos deux populations n'ont pas su répondre correctement avec 62,75% des femmes ayant arrêté de fumer et 56,72% des femmes n'ayant pas stoppé leur consommation. Cependant, les seules femmes ayant répondu correctement à chaque affirmation se retrouvent dans la population des femmes n'ayant pas arrêté de fumer, mais elles ne concernent qu'une faible proportion (5,97%). Le choix du mode d'allaitement pour leur enfant doit sans doute être un désir personnel. Toutefois, il nous semble important de rappeler aux femmes quelques éléments à mettre en place si elles poursuivent leur consommation de tabac durant la période d'allaitement maternel.

En ce qui concerne leurs attitudes, au retour à domicile, il ressort que la majorité des femmes n'autoriserait personne à fumer chez elles et demanderait d'aller fumer dehors (78,43% des femmes ayant arrêté de fumer et 70,15% des femmes n'ayant pas arrêté le tabac). Notons que certaines femmes (7,84% de celles ayant arrêté de fumer et 23,88% de celles n'ayant pas arrêté leur consommation de tabac) semblent prêtes à accepter que leur entourage fume au sein de leur habitation (en leur réservant une pièce de la maison). Nous

pensons qu'il serait donc utile de rappeler aux femmes que le tabac reste néfaste après la naissance de leur enfant et que le tabagisme passif peut engendrer des conséquences sur toute la famille.

Enfin, nous savons que l'association pilule oestro-progestative et tabac est nocive. Nous avons donc voulu avoir une idée du mode de contraception choisi préférentiellement par les femmes au sortir de la maternité. La contraception orale est choisie en majorité pour chaque population: 54,90% des femmes ayant arrêté de fumer et 49,25% des femmes n'ayant pas arrêté leur consommation de tabac. Il nous semble alors important d'effectuer un rappel auprès des femmes des risques encourus à associer ces deux éléments.

Au terme de l'analyse des résultats, nous avons retrouvé divers éléments ayant un impact sur la mise en place et la réussite d'un sevrage tabagique. Pour certains, il nous apparaît possible de mettre en place des actions comme les habitudes tabagiques du compagnon, l'état de nervosité de la femme enceinte mais aussi l'appréhension de la prise de poids à l'arrêt du tabac. En revanche, d'autres critères se voient être difficilement accessibles à la prévention comme c'est le cas pour l'entourage de la femme enceinte et son âge.

Il nous apparaît important de rappeler aux femmes durant la grossesse ainsi qu'après l'accouchement, l'impact que peut avoir le tabac sur leur enfant mais aussi sur elle-même et leur entourage. Pour cela l'information pourrait être diffusée à l'aide de supports diversifiés afin qu'ils soient adaptés à la compréhension du plus grand nombre. Cela pourrait se faire par le biais d'une information orale dispensée par un professionnel de la santé, avec la possibilité de présenter un support papier ou multimédia aux patientes. Cette prévention pourrait avoir lieu lors des séances de préparation à la naissance où les femmes se retrouvent en groupe et peuvent ainsi bénéficier de l'expérience de chacune.

Lors de la première consultation prénatale, après avoir mesuré le degré d'intoxication tabagique de la femme enceinte grâce au dosage de monoxyde de carbone, il serait important d'évaluer la motivation de la patiente à l'arrêt de tabac, voire de la renforcer. Il pourrait être proposé à la patiente une orientation vers la consultation de tabacologie pour initier une stratégie thérapeutique si le

sevrage s'avère trop difficile. Si la patiente en manifeste le besoin, il pourrait lui être proposé une aide psychologique ou une aide diététique si la prise de poids la freine dans sa démarche.

CONCLUSION

Le tabac est néfaste pour tous, à tout moment de la vie. La femme enceinte fumeuse expose son fœtus aux méfaits de ce dernier. Accompagner ces femmes dans un sevrage, permettrait de préserver deux personnes. Afin de faciliter la réussite d'un arrêt de tabac, nous pourrions dépister les éléments qui semblent avoir une influence et déterminer quelles actions pourraient être mises en œuvre.

Avant de débuter notre étude, nous pensions retrouver le niveau de dépendance comme facteur influençant la réussite de l'arrêt du tabac. Mais nous pensions retrouver également l'état d'anxiété de la femme, son entourage quotidien ainsi qu'un bas niveau socio-économique.

Avec les résultats de notre enquête, il apparaît que, chez les femmes primipares :

- leur jeune âge
- les habitudes tabagiques de leur compagnon
- l'âge précoce de début de consommation de tabac

ont une influence sur l'échec ou l'absence de sevrage.
Il ressort également que les femmes enceintes redoutent une prise de poids trop importante à cause de l'arrêt de tabac.
Parallèlement, nous avons été surpris de constater que le niveau de dépendance ne rendait apparemment pas un arrêt de tabac plus difficile.

Il serait intéressant de mener des investigations auprès d'une population de femmes multipares afin de voir si l'expérience de leurs grossesses antérieures modifie leur comportement face au tabac et au sevrage.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

[1] COGNEC-SOUBIGOU (D...) – Le tabagisme et ses paradoxes : une approche psychosomatique – PARIS – Editions L'Harmattan – 1998 – 182 pages

[2] CUNGI (Charly, Dr) – Faire face aux dépendances alcool-tabac-drogues-jeu – PARIS – Editions Retz – 2000

[3] DELCROIX (M...) – Que sais-je ? La grossesse et le tabac – PARIS – Editions Puf – 2007 – 127 pages

[4] DOLLINGER (Alain, Dr) et SOLLINGER (M...) – La femme et le tabac histoire d'une mésalliance... – PARIS – Editions Pocket – 1999

[5] DOUYER (S...) et GAFFET (A...) – Anthropologie du tabac – PARIS – Editions L'Harmattan – 1997 – 254 pages

[6] MOLIMARD (R...) – La fume Smoking – PARIS – Editions Sides – 2003 – 262 pages

[7] NOURRISSON (D...) – Le tabac en son temps : de la séduction à la répulsion – RENNES – Editions ENSP – 1999 –90 pages

[8] PERRIOT (J...) – Abrégés de Tabacologie – PARIS – Editions Masson – 1995 – 195 pages

[9] REYNAUD (M...), PACQUET (P...J...), LAGRUE (G...) – Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendances aux substances psychoactives – PARIS – Editions Odile Jacob – 2000

ARTICLES

[10] ADLER (M...), DAUT-ZENBERG (E...), GARELIK (D...), N GUYEN (P...). Modalités de mise en œuvre des différentes techniques efficaces d'aide à l'arrêt du tabac. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 194-205

[11] BERTHILLER (J...), SASCO (A...J...). Tabagisme (actif ou passif) en relation avec la fertilité, la procréation médicalement assistée et la grossesse. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 47-54

[12] CLAUZEL (A...M...). Quels moyens et quels traitements pour réduire les risques du tabagisme pendant la grossesse ?. « Médecine au féminin »2002 – n°2 – Tome III – pages 16-18

[13] COLLET (M...), BEILLARD (C...). Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utéro. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 135-145

[14] COURNOT (M...P...), ASSARI-MERABTENE (F...), VAUZELLE-GARDIER (C...), ELEFANT (E...). Quels sont les risques d'embryo-foetopathie liées à l'exposition au tabagisme pendant la grossesse ?. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 124-129

[15] DELCROIX (M...). La femme et le tabagisme, problème de santé publique ou problème de société ?. « Médecine au féminin »2002 – n°2 – Tome III – pages 4-5

[16] DELCROIX (M...), BOUYSSET (M...F...). Tabagisme maternel prise en charge des femmes enceintes. « Profession Sage-Femme »2002 – n°85 – pages 20-22

[17] DEPRET-MOSSER (S…), MATHIEU-NOLE (M…), PUECH (F…). Quelles sont les mesures de santé publique susceptibles de réduire l'exposition anténatale au tabac et d'améliorer les indicateurs de qualité des soins périnatals ?. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 275-278

[18] DUCRET (L…). Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme et les co-addictions pendant la grossesse ?. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 55-66

[19] GOMEZ (C…). Tabagisme et grossesse : monoxyde de carbone dans l'air expiré et hypoxie fœtale. « Médecine au féminin »2002 – n°2 – Tome III – pages 11-15

[20] GOMEZ (C…), MARQUIS (P…). Quelle est la place des marqueurs du tabagisme pendant la grossesse ?. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 171-181

[21] GOURLAIN (H…), GALLIOT-GUILLEY (M…). Quels sont les marqueurs du tabagisme ?. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 154-170

[22] LE HOUZEC (J…). Quelles sont les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ?. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 182-193

[23] MARPEAU (Loic, Pr). Tabagisme et complications gravidiques. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 130-134

[24] MEREAU (M…), BARRY (H…), LEBRUN (T…). Tabagisme et grossesse : importance de l'évaluation formative dans les actions de santé publique. « Actualité et dossier en santé publique » 2002 – n°39

[25] RICHARD-GUERROUDJ (N...). Tabacologie une spécialité d'avenir. « Profession Sage-Femme » 2005 – n°120

[26] SLAMA (K...), GREMY (I...). Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme parental et l'allaitement maternel ?. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 67-73

[27] SLEDZIEWSKI (E...G...). La femme et la cigarette : images sociales. « Médecine au féminin » 2002 – n°2 – Tome III – pages 24-26

[28] SLEDZIEWSKI (E...G...). L'image du tabagisme féminin en France. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 270-274

[29] STOEBNER-DELBARRE (A...), LE TOURMY (F...). Conduite à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer : rôles des professionnels de santé. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 326-335

[30] THERET (B...), VAILLANT (C...), COOPMAN (S...). Prise en charge néonatale d'un enfant exposé in utéro au tabac. « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » 2005 – Hors série n°1 – vol 34 – pages 265-268

TEXTES OFFICIELS

[31] Loi Veil n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.

[32] Loi Evin n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

[33] Loi n°2003-715 du 31 juillet 2003 relative à la consommation de tabac chez les jeunes.

[34] Décret n°92-478 du 29 mai 1992 repris dans le Code de la santé publique article R355-28-1.

[35] Code de la santé publique article L-3511-3.

[36] Code de la santé publique article L-3511-6.

[37]. Code de la santé publique article L-3511-7.

[38]. Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 publié dans le Journal Officiel n°265 du 16 novembre 2006.

TEXTES PUBLIES

[39] Texte de recommandations issu de la Conférence de consensus « Grossesse et tabac », octobre 2004.

TEXTES NON PUBLIES

Mémoire :

[40] BROSSARD Hélène Dépendance et sevrage tabagique chez la femme enceinte – Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-femme – Rouen – 2003

[41] GODON Peggy Evaluation de l'intoxication tabagique : dépistage systématique en salle de naissance du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré – Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-femme – Rouen – 2005

[42] POULET Sonia Tabac et grossesse « Maman, arrête de m'envoyer ta fumée ! » – Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-femme – Rouen – 1998

SITES INTERNET (consultés en septembre 2007)

[43] www.appri.asso.fr
7e rencontres nationales d'Angers « La femme et le tabac », 2006

[44] www.tabac.gouv.fr
Dossier de presse- campagne d'information de lutte contre le tabac lancée à l'occasion de l'entrée en vigueur le 1er février du décret d'interdiction de fumer dans les lieux publics, 2007

AUTRE SOURCE

[45] Journée du Conseil de l'Ordre des Sages-femmes, « Les addictions », 19 octobre 2006

ANNEXES

Projet pour sensibiliser les femmes enceintes et leurs compagnons à arrêter de fumer.

Résumé du projet

Thème	Le tabac
Objectif	Sensibiliser à l'arrêt du tabac, les femmes enceintes et leurs compagnons lors de leurs visites ou séjours en milieu hospitalier.
Moyens	Utiliser un testeur CO et faire souffler la patiente et celui qui l'accompagne.
Public ciblé	Les femmes enceintes fumeuses et leurs compagnons.
Etablissement	CHU de Rouen
Intervenant auprès du public	Les sages-femmes des services de consultations prénatales, de salle de naissance, de grossesses pathologiques, de suite de couches.
Déroulement de l'action	Etape 1 : recenser le nombre de sages-femmes intéressées. Etape 2 : leur proposer une formation sur l'utilisation du testeur CO et les remotiver sur l'enjeu du projet, les méfaits du tabac sur la grossesse et le fœtus. (partie réservée au Docteur Artus, tabacologue) Etape 3 : prévoir une zone dans le dossier obstétrical de chaque patiente qui précisera le taux ce CO et le nombre de cigarettes fumées par jour. (consultation informatique en urgence ou pour surveillance, entrée informatique en salle de naissance, dossier papier des services d'hospitalisation).
Durée	Projet récurrent qui pourrait débuter avant la fin de l'année 2008.
Evaluation	Peut se faire au terme d'un temps fixé au départ du projet par le traitement informatique des données recueillies dans les dossiers. La planification d'une synthèse annuelle paraît judicieuse.

ANNEXE 1

Mesdames,

Etudiante sage-femme en 3e année, je travaille à l'élaboration du mémoire de la fin de mon cursus universitaire. Pour ce projet, j'ai choisi d'aborder comme thème le tabac et la grossesse. Je souhaiterais connaître vos habitudes par rapport au tabac, les informations que vous avez reçues sur le tabac et ses effets, ainsi que les éléments qui vous aideraient à un arrêt de sa consommation.

C'est pourquoi je vous remercie de bien vouloir m'accorder quelques instants afin de participer à mon étude. Ce questionnaire est anonyme et son exploitation se limitera à la réalisation de ce mémoire.

AFIN DE MIEUX VOUS CONNAITRE:

1- Quelle est votre situation familiale :

vous êtes mariée
vous vivez seule
vous vivez en concubinage
autre :.....

EN CE QUI VOUS CONCERNE

2- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

moins de 18 ans
entre 18 et 24 ans
entre 25 et 34 ans
entre 35 et 40 ans
plus de 40 ans

3- De quelle origine ethnique êtes-vous ?

France métropolitaine
DOM-TOM
Europe du Nord
Europe du Sud
Afrique du Nord
Afrique
Asie mineure
Asie

4- Quel est votre niveau d'études ?

non scolarisée
école primaire
collège, CAP, BEP
lycée (général et technique)
enseignement supérieur

5- Dans quelle catégorie socio-professionnelle vous situez-vous ?

agriculteur, exploitant
artisan, commerçant chef d'entreprise
professions intermédiaires
employé
ouvrier
étudiant
sans activité
autre.....

6- Exercez-vous une activité professionnelle en dehors de la période de votre congé maternité ?

oui
non

EN CE QUI CONCERNE VOTRE COMPAGNON

moins de 18 ans
entre 18 et 24 ans
entre 25 et 34 ans
entre 35 et 40 ans
plus de 40 ans

France métropolitaine
DOM-TOM
Europe du Nord
Europe du Sud
Afrique du Nord
Afrique
Asie mineure
Asie

non scolarisé
école primaire
collège, CAP, BEP
lycée (général et technique)
enseignement supérieur

agriculteur, exploitant
artisan, commerçant, chef d'entreprise
professions intermédiaires
employé
ouvrier
étudiant
sans activité
autre.....

Exerce-t-il une activité professionnelle ?

oui
non

7- Combien avez-vous d'enfants à charge ? .....

8- Indiquez, à l'aide d'une croix, sur l'échelle cotée de 1 à 10 la tendance de votre comportement général suivant que vous vous sentez plutôt calme ou plutôt nerveuse :

Avant la grossesse :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Calme et détendue nerveuse et agitée

Pendant la grossesse :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VOTRE CONSOMMATION DE TABAC :

9- A quel âge avez-vous commencé à fumer ?

moins de 12 ans entre 12 et 15 ans

entre 16 et 25 ans plus de 25 ans

10- Votre consommation de tabac est :

rare (lors de soirées, évènements) occasionnelle(1à2 fois/semaine)

régulière (tous les jours)

11- A quel moment après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

moins de 5 minutes 6 - 30 minutes

31 - 60 minutes Après 60 minutes

12- Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits

oui non

13- Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

La première Une autre

14- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins 11 à 20

21 à 30 31 ou plus

15- Fumez-vous de façon plus rapprochée dans les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

oui non

16- Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ? (fièvre, grippe, angine…)

oui non

17- Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer ?

oui non

18- Quel(s) moyen(s) avez-vous utilisé?

patchs gommes à mâcher

médicaments (Zyban®, antidépresseur) acupuncture, homéopathie

consultation avec un tabacologue ou autre professionnel médical

seule autre :……

VOUS, LE TABAC ET LA GROSSESSE :

19- A quel mois de grossesse êtes-vous ?.....

20-Avez-vous reçu des informations concernant la consommation du tabac pendant la grossesse ? oui

non

Si oui, par quels biais les avez-vous reçues ?

une brochure la presse

la télévision votre entourage

le personnel médical

autre : .....

21- Au début de votre grossesse avez-vous eu des nausées qui vous ont dégoûtées du tabac ?

oui

non

22- Combien de kg avez-vous pris depuis le début de la grossesse ?.....

23- Votre compagnon fume-t-il ?

oui

non

24- Si oui, a-t-il essayé d'arrêter de fumer depuis l'annonce de la grossesse ?

oui

non

25- Est-il parvenu à arrêter ?

oui

non

26- Dans votre environnement quotidien, êtes vous entourée de personnes fumeuses ?

oui

non

Si vous avez arrêté votre consommation de tabac, merci de vous rendre à la question suivante.

Si vous continuez votre consommation de tabac, merci de vous rendre à la question n°31.

SI VOUS AVEZ ARRETE DE FUMER :

27- Depuis quand avez-vous arrêté votre consommation de tabac ?

avant la grossesse (dans les 3 mois précédents) à l'annonce de la grossesse

dans les semaines qui ont suivi l'annonce de la grossesse

après le 3e mois de la grossesse

28- Vous avez arrêté votre consommation de tabac :

progressivement du jour au lendemain

29- Quel(s) moyen(s) vous a(ont) aidé à arrêter ?

patchs gommes à mâcher

médicaments (Zyban®, antidépresseur) acupuncture, homéopathie

consultation avec un tabacologue ou autre professionnel médical

seule autre :……..

30- Depuis l'arrêt du tabac, grignotez-vous davantage ?

oui non

Merci de vous rendre à la question n° 34

SI VOUS CONTINUEZ A FUMER :

31- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

moins de 5 entre 5 et 10

entre 11 et 15 entre 16 et 20

plus de 20

32- Depuis le début de votre grossesse, avez-vous tenté d'arrêter de fumer ?

oui non

Quel(s) moyen(s) avez-vous utilisé(s) ?

patchs gommes à mâcher

médicaments (Zyban®, antidépresseur) acupuncture, homéopathie

consultation avec un tabacologue ou autre professionnel médical

seule autre :……

33- Pour vous, quelles seraient les difficultés qui pourraient être un frein à l'arrêt du tabac ?

les changements d'humeur le stress

la prise de poids autre :……..

VOTRE CONSOMMATION DE TABAC APRES L'ACCOUCHEMENT :

34- Quel mode d'allaitement pensez-vous choisir ?

le sein le biberon

35- Parmi les propositions suivantes quelles sont celles qui vous semblent justes ?

il est recommandé d'allaiter son enfant, même si l'on fume

il vaut mieux fumer une cigarette après la tétée qu'avant

si on allaite son enfant lorsque l'on fume, il peut devenir dépendant à la nicotine

36- Pensez-vous reprendre une consommation de tabac identique à celle d'avant la grossesse, après votre accouchement ou après l'allaitement maternel ?

oui non

37- De retour à la maison, pensez-vous changer certaines habitudes :

personne ne pourra fumer chez vous

il y aura 1 pièce réservée aux fumeurs

les personnes devront aller dehors

les personnes pourront fumer n'importe où chez vous

les personnes pourront fumer dans la pièce où se trouve votre enfant

38-Après votre accouchement, quel moyen de contraception envisagez-vous d'utiliser ?.....

TEST DE CONNAISSANCES

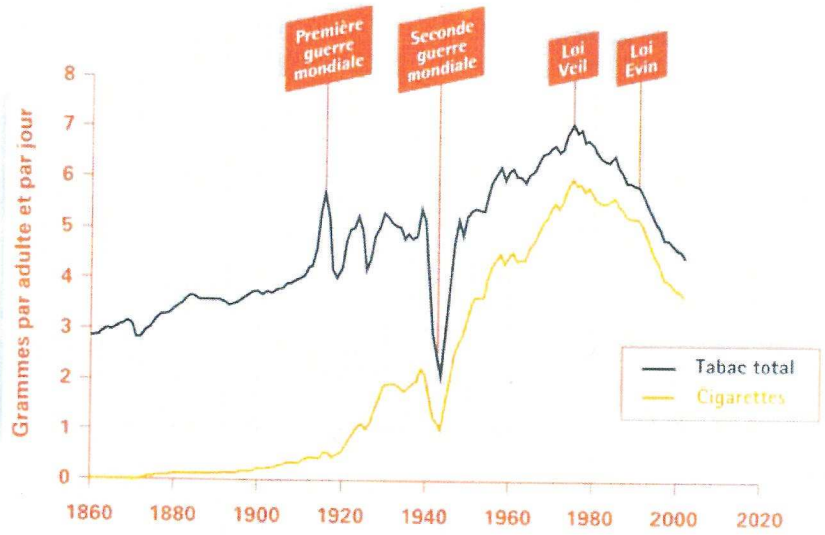
Chaque bonne réponse est cotée 1 point. Cochez la case VRAI ou FAUX selon la réponse qui vous semble juste.

	VRAI	FAUX
Le tabac entraîne des problèmes de stérilité		
Le tabac augmente le risque de rupture prématurée de la poche des eaux		
Le patch de nicotine est contre indiqué au cours de la grossesse		
Le tabac augmente la transmission des virus au foetus		
Le tabac entraîne une prise de poids plus importante au cours de la grossesse		
Le tabac augmente le risque d'accouchement prématuré		
Le tabac donne des enfants plus gros à la naissance		
Le tabac est responsable de difficultés respiratoires à la naissance		
Il est préférable de ne pas allaiter lorsque l'on est fumeuse		
Le tabac augmente le risque de mort subite du nourrisson		

Merci du temps que vous m'avez accordé ainsi que de votre participation.

ANNEXE 2

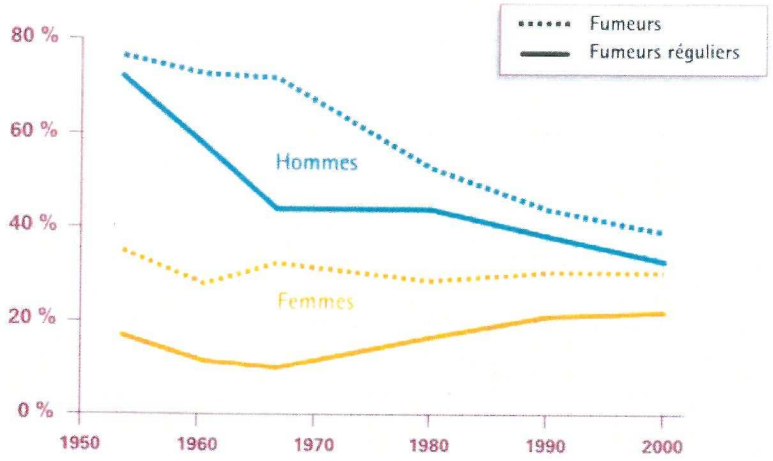
Évolution des ventes de tabac et de cigarettes en grammes par adulte (15 ans et plus) et par jour, France, 1860-2002 :



Source : Hill C, Laplanche A. Histoire de la consommation de tabac en France. Villejuif : Institut Gustave Roussy. Rapport Technique. La Documentation Française, 2003

ANNEXE 3

Evolution de la proportion de fumeurs et de fumeurs réguliers en France de 1950 à 2000



Source : Hill C. Laplanche A. Histoire de la consommation de tabac en France. Villejuif : Institut Gustave Roussy, Rapport Technique. La Documentation Française, 2003.

ANNEXE 4

Tableau VI. – **Composition de la fumée de tabac dans les courants principal et secondaire**[1]

	Type de toxicité	*Quantité dans le courant principal par cigarette*	*Ratio courant secondaire / courant principal*
Phase gazeuse			
Monoxyde de carbone	Toxique	26,8-61 mg	2,5-14,9
Benzène	Cancérogène	400-500 µg	8-10
Formaldéhyde	Cancérogène	1 500 µg	50
3-vinylpuridine	Suspect Cancérogène	300-450 µg	24-34
Cyanide d'hydrogène	Toxique	14-110 g	0,06-0,4
Hydrazine	Suspect Cancérogène	90 ng	3
Oxydes d'azote	Toxique	500-2 000 µg	3,7-12,8
N-nitrodiméthylamine	Suspect Cancérogène	200-1 040 ng	20-130
N-nitrosopyrrolidine	Suspect Cancérogène	30-390 ng	6-120
Phase particulaire			
Goudrons	Cancérogène	14-30 mg	1,1-15,7
Nicotine	Toxique	2,1-46 mg	1,3-21
Phénol	Promoteur	70-250 µg	1,3-3,0
Catéchol	Suspect Cancérogène	58-290 µg	0,67-12,8
O-toluidine	Cancérogène	3 µg	18,7
2-naphthylamine	Cancérogène	70 ng	39
4-aminobiphényl	Cancérogène	140 ng	3,1
Benz(a)anthracène	Cancérogène	40-200 ng	2-4
Benzo(a)pyrène	Cancérogène	40-70 ng	2,5-20
Quinoléine	Cancérogène	15-20 µg	8-11
N-nitrosonornicotine	Suspect Cancérogène	0,15-1,7 µg	0,5-5,0
Nornitrosocotinine	Suspect Cancérogène	0,2-1,4 µg	1,0-22
N-nitrosodiéthanolamine	Cancérogène	43 ng	1,2
Cadmium	Cancérogène	0,72 µg	7,2

1. C. Bates, *Tobacco Control*, 1999, 8, 225-235, in *Le tabagisme passif*, rapport au directeur général de la santé du groupe de travail présidé par le Pr B. Dautzenberg, déjà cité, p. 14.

ANNEXE 5

Tableau VII. – **Interprétation du taux de CO dans l'air expiré en fonction des chiffres observés en ppm**

Mesurez votre taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré !

Le monoxyde de carbone contenu dans la fumée de cigarettes est **toxique pour vous mais beaucoup plus pour votre bébé : fumer diminue son oxygénation.**

Sachez que le bébé concentre le monoxyde de carbone que vous absorbez (volontairement ou non). **Le taux de monoxyde de carbone de votre bébé est toujours plus élevé que le vôtre.**

L'analyseur permet de mesurer le taux de monoxyde de carbone* (qui est désigné par le sigle CO) contenu dans l'air de vos poumons et donc dans votre sang et celui de votre bébé.

au-delà de 20 ppm	20 ppm*	Intoxication très importante : – tabagisme actif +++ – intoxication au CO ++
de 10 à 19 ppm*	19 ppm* 10 ppm*	Intoxication importante : – tabagisme actif ++ – tabagisme passif +++ – Intoxication au CO +
de 3 à 9 ppm*	9 ppm* 3 ppm*	Intoxication débutante : – tabagisme actif + – tabagisme passif + – pollution atmosphérique
de 0 à 2 ppm		Normal : Pas d'intoxication

Titre : Tabac et grossesse : comment aider au sevrage ? Enquête auprès de 118 primipares.

Résumé :

Ce travail se propose d'étudier les éléments qui peuvent aider au sevrage tabagique des femmes enceintes primipares.

Cette enquête prospective se base sur la distribution de questionnaires aux femmes enceintes venant à leurs consultations prénatales. Elle s'est déroulée dans le service de consultations prénatales du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, du Centre Hospitalier d'Elbeuf et celui du Havre.

Cette étude, regroupant 118 femmes, repose sur la comparaison des femmes ayant réalisé un sevrage de leur consommation de tabac durant leur grossesse aux femmes ne l'ayant pas arrêté.

Malgré la faible puissance de l'étude, les résultats obtenus révèlent que certains éléments ont une influence sur la mise en route et la réussite d'un sevrage tabagique. Sont notamment retrouvés l'âge de la femme enceinte, l'âge de début de consommation de tabac ainsi que les habitudes tabagiques de son compagnon. Cependant, le niveau de dépendance ne semble pas jouer de rôle.

Mots-clés : Tabac, grossesse, primipare, sevrage tabagique