



HAL
open science

Tabac et grossesse : facteurs majeurs de poursuite du tabagisme gravidique et représentations du tabagisme par le couple lors de la grossesse et des suites de couches : étude au CHU Estaing de Clermont-Ferrand du 2 décembre 2013 au 17 janvier 2014

Blandine Dérolez

► **To cite this version:**

Blandine Dérolez. Tabac et grossesse : facteurs majeurs de poursuite du tabagisme gravidique et représentations du tabagisme par le couple lors de la grossesse et des suites de couches : étude au CHU Estaing de Clermont-Ferrand du 2 décembre 2013 au 17 janvier 2014. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01130080

HAL Id: dumas-01130080

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01130080>

Submitted on 11 Mar 2015

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.

UNIVERSITE D'AUVERGNE – CLERMONT 1

Tabac et grossesse :

Facteurs majeurs de poursuite du tabagisme gravidique et représentations du tabagisme par le couple lors de la grossesse et des suites de couches.

Etude au CHU Estaing de Clermont-Ferrand du 2 décembre 2013 au 17 janvier 2014.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

DEROLEZ Blandine

Née le 13 juin 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

2014

UNIVERSITE D'AUVERGNE – CLERMONT 1

Tabac et grossesse :

Facteurs majeurs de poursuite du tabagisme gravidique et représentations du tabagisme par le couple lors de la grossesse et des suites de couches.

Etude au CHU Estaing de Clermont-Ferrand du 2 décembre 2013 au 17 janvier 2014.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

DEROLEZ Blandine

Née le 13 juin 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

2014



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE



J'adresse mes sincères remerciements à ma directrice de mémoire, Mme Fany MOREIRA, sage-femme tabacologue au Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, pour son aide précieuse et sa présence à mes côtés lors de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie aussi Mme Séverine TAITHE, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, pour ses conseils et ses encouragements lors de mon travail et pendant cette dernière année.

Merci également aux autres enseignants pour la transmission de leurs savoirs tout au long de ces années d'études. C'est grâce à eux que nous sommes maintenant fiers de ce que nous sommes !

J'adresse aussi mes remerciements à toutes les personnes qui ont participé au recueil de mes questionnaires lors de la période de l'étude.

Je remercie aussi tous mes camarades de promotion pour la bonne humeur qui a régné pendant ces 4 années, et tout particulièrement Suzy, Cellie et Charlotte G pour leur grand soutien dans certains moments difficiles.

Je remercie enfin ma famille et mes amis (Céline, Imad, Sophie et Pierre) pour leurs encouragements sans relâche depuis le début de mes études et aussi Grégory qui a changé ma vie.

Enfin, je rends hommage à ma mère qui me manque depuis plus de 22 ans. J'espère qu'elle serait fière de moi...

GLOSSAIRE

ADN : *Acide Désoxyribonucléique*

AVC : *Accident Vasculaire Cérébral*

BPCO : *Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive.*

CCLAT : *Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte contre Anti-Tabac*

CO : *monoxyde d'azote*

CPAM : *Caisse Primaire d'Assurance Maladie*

EM : *Entretien Motivationnel*

FCS : *Fausse Couche Spontanée*

GEU : *Grossesse Extra-Utérine*

HPST : *Hôpital Patient Santé Territoire*

HRP : *Hématome Rétro-Placentaire*

HTA : *Hypertension Artérielle*

INPES : *Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé*

MFIU : *Mort Fœtale In Utéro*

MSN : *Mort Subite du Nourrisson*

OMS : *Organisation Mondiale de la Santé*

PBI : *Placenta Bas Inséré*

PMA : *Procréation Médicalement Assistée*

RPM : *Rupture Prématurée des Membranes*

TCC : *Thérapie Cognitivo-Comportementale*

TSN : *Traitements de Substitution Nicotiques*

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	-----	p.1
I. REVUE DE LA LITTERATURE		
1.	Généralités sur le tabagisme -----	p.2
2.	Les conséquences du tabagisme -----	p.8
3.	Les moyens de lutte contre le tabagisme -----	p.15
4.	Epidémiologie du tabagisme -----	p.20
5.	Facteurs favorisant le tabagisme gravidique -----	p.21
6.	Représentations -----	p.23
II. MATERIELS ET METHODE		
1	Caractéristiques de l'étude -----	p.25
2	Mode de recueil -----	p.27
3	Implications éthiques et règlementaires -----	p.27
4	Méthode statistique-----	p.28
III. RESULTATS		
1.	Caractéristiques des populations -----	p.30
2.	Histoire tabagique des femmes -----	p.32
3.	Comportement tabagique -----	p.34
4.	Facteurs de poursuite du tabagisme pendant la grossesse -----	p.39
5.	Représentations du tabagisme -----	p.42
IV. DISCUSSION & PROJET D'ACTION		
1.	Critique de l'étude -----	p.51
2.	Discussion des résultats -----	p.52
3.	Projet(s) d'action -----	p.60
CONCLUSION	-----	p.64

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

Le tabagisme est un réel problème de santé publique dans toutes les catégories de population. En effet, environ un tiers de la population française est fumeuse. Cette consommation entraîne de nombreuses complications telles que des cancers, des pathologies cardio-vasculaires avec de nombreux décès.

Le tabagisme gravidique peut engendrer de nombreuses complications chez la femme enceinte, le fœtus et le nouveau-né.

Depuis 1957, l'OMS reconnaît que le tabagisme est une addiction induisant une dépendance multifactorielle. C'est pourquoi, certaines femmes cessent de fumer pendant la grossesse, parfois au prix de nombreux efforts, alors que certaines au contraire, ne parviennent pas à changer leur comportement tabagique.

Cette dépendance entraîne aussi plus de deux tiers de rechutes à long terme dans la période du post-partum.

Lors de mon cursus universitaire, un stage au dispensaire Emile Roux de Clermont-Ferrand m'a permis d'appréhender la difficulté générale du sevrage tabagique. Je me suis alors posée des questions sur le sevrage tabagique des femmes enceintes.

Comment la sage-femme peut-elle participer à prévenir le tabagisme gravidique et les rechutes lors de la période du post-partum ?

L'objectif principal de cette étude est de connaître les déterminants majeurs de la poursuite du tabagisme pendant la grossesse. Les objectifs secondaires sont de connaître les représentations des femmes et de leurs conjoints concernant le tabagisme lors de la grossesse et des suites de couches.

Cette étude a pour but d'envisager des schémas de prévention du tabagisme pendant la grossesse et des rechutes dans le post-partum efficaces et pertinents.

Une revue de la littérature a d'abord été réalisée sur le tabagisme et son impact lors de la grossesse. Le paragraphe matériel et méthodes suit pour expliquer notre démarche. Enfin, nos résultats seront exposés et par la suite discutés.

I- REVUE DE LA LITTERATURE

1. Généralités sur le tabagisme :

1.1. Historique :

En 1492, la découverte de l'Amérique par C. Colomb a entraîné celle du « pétun », un cigare rudimentaire constitué de feuilles séchées.

Le « pétun » est composé d'une plante issue de l'île de Tobago, c'est pourquoi elle aurait été appelée « tabac ».

Le tabac a été introduit, petit à petit, dans le monde occidental. Il est arrivé en France en 1560 par l'intermédiaire de Jean Nicot (ambassadeur de France au Portugal) afin de soigner les migraines du fils de Catherine de Médicis. Il avait donc, à l'époque, des vertus médicinales.

Par la suite, la consommation de tabac s'est répandue en Europe centrale puis dans le monde entier par l'intermédiaire des navigateurs.

Au fur et à mesure du temps, le tabac est consommé par plaisir : c'est la « *passion des honnêtes gens* » (Molière). C'est ainsi qu'en 1621, Richelieu a instauré les premières taxes sur le tabac, et que les premières manufactures virent le jour à la fin du XVIIème siècle.

En 1809, la toxicité du tabac fut découverte par Vauquelin lors de l'isolement d'une molécule qu'il nommera « nicotine » en hommage à J. Nicot. Petit à petit, le tabac devient alors un fléau social.

En 1843, avec la révolution industrielle, une forme commerciale du tabac vit le jour : c'est la cigarette. Sa production en quantité importante et son faible prix a contribué à son expansion mondiale.

Après la seconde guerre mondiale, le développement de plusieurs compagnies de tabac a entraîné l'explosion de sa consommation en France. La cigarette s'est alors imposée comme un nouveau standard chez les hommes. Elle le deviendra petit à petit chez les femmes dans un souci d'émancipation et d'égalité avec la gente masculine : ainsi naît le tabagisme féminin [1, 2].

1.2. La composition du tabac :

La fumée du tabac comporte plus de 4 000 substances. Certaines sont issues de la combustion de celui-ci [3].

La fumée du tabac comporte :

- Une phase gazeuse (95.5%) composée principalement d'azote, d'oxygène, de gaz carbonique, de monoxyde de carbone (CO), et de divers composés organiques volatils.
- Une phase particulaire (4.5%) remplie d'alcaloïdes (tels que la nicotine), de substances minérales et d'autres substances organiques.

Certains composants du tabac sont toxiques, cancérigènes, antioxydants ou irritants [3, 4].

En tirant sur sa cigarette, le fumeur active un foyer de combustion qui crée trois courants de fumée:

- Le courant primaire ou principal constitué par la fumée directement inhalée par le fumeur lors d'une aspiration.
- Le courant secondaire ou latéral correspond à la fumée qui s'échappe de la cigarette lorsqu'elle se consume seule. Il est composé de particules plus fines que le courant primaire, et peut donc atteindre des zones plus profondes du poumon. De plus, à volume égal il possède une composition plus toxique que le courant principal.
- Le courant tertiaire équivaut à la fumée rejetée par le fumeur après inhalation et filtration par ses alvéoles pulmonaires. De ce fait, il contient moins de substances toxiques.

Le courant primaire est à l'origine du tabagisme actif alors que les courants secondaire et tertiaire sont à l'origine du tabagisme passif [3, 4].

Le type de tabac fumé ne possède pas les mêmes caractéristiques chimiques. Le tabac brun engendre une fumée alcaline qui favorise l'absorption de la nicotine au niveau buccal. Le tabac blond engendre une fumée plutôt basique qui demande une inhalation plus profonde pour l'absorption de la nicotine [5].

1.3. Le tabagisme une addiction :

1.3.1. Entre usage simple, abus et dépendance :

Tous les comportements tabagiques ne sont pas identiques. Il y a tout d'abord l'usage simple, puis l'abus (ou usage nocif) et enfin la dépendance. Une continuité existe entre ces différents usages et le passage de l'un à un autre est possible dans un sens comme dans l'autre. Des facteurs psycho-sociaux et biologiques permettent la régulation de ces comportements. C'est en intervenant sur ces facteurs que le sujet fumeur peut modifier son mode de consommation [6].

Lors du comportement d'usage simple, la personne consomme du tabac, régulièrement ou non, sans entraîner de complications pour lui ou pour les autres.

Dans le comportement d'abus, la personne consomme du tabac de façon répétée et induit des complications diverses pour lui ou pour son environnement [7].

Depuis 1957, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la dépendance comme :

« Un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère. Cet état est caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, pour retrouver ses effets psychiques et parfois pour éviter l'inconfort de son absence » [8].

1.3.2. Plusieurs types de dépendances :

Tout d'abord, il existe une dépendance physique due à la présence de nicotine dans le tabac. Cette dernière agit sur le cerveau (en moins de 10 secondes) par l'intermédiaire des « récepteurs nicotiniques cholinergiques ». Elle permet la libération de dopamine qui active le système de récompense.

Quand le fumeur n'a pas assez de nicotine dans le sang, il ressent une sensation de manque qui se manifeste par des symptômes physiques :

- *Symptôme 1* : humeur dysphorique ou dépressive
- *Symptôme 2* : Insomnie

- *Symptôme 3* : Irritabilité, frustration, colère
- *Symptôme 4* : Anxiété
- *Symptôme 5* : Difficulté de concentration
- *Symptôme 6* : Fébrilité
- *Symptôme 7* : Diminution du rythme cardiaque
- *Symptôme 8* : Augmentation de l'appétit ou prise de poids.

D'après le DSM IV de 1994, si au moins 4 des symptômes précédents sont réunis, on parle d'un syndrome de sevrage, et le fumeur éprouve un besoin irrésistible de fumer.

Au fur et à mesure du développement de la dépendance physique, un phénomène de tolérance se développe : c'est l'adaptation de l'organisme à la consommation habituelle de tabac. Une augmentation de la consommation a lieu pour obtenir les mêmes effets.

Il existe aussi une dépendance psychologique. En effet, le tabagisme peut être un moyen de se faire plaisir, de gérer son stress et son anxiété, de surmonter ses émotions, de se stimuler, de se concentrer... Ces effets sont appelés effets psychoactifs. Ils sont dus à la nicotine. Cette dépendance induit le « craving » correspondant à la recherche compulsive de tabac.

Enfin, la consommation de tabac peut engendrer une dépendance comportementale ou environnementale. En effet, elle se fait à des moments privilégiés de la vie quotidienne et selon des rituels bien ancrés, difficiles à contourner [7, 8, 9, 10].

Pour mesurer la dépendance physique au tabac, il existe le score de Fagerström qui s'étend sur une échelle de 0 à 10 (*Annexe n°1*) [11, 12].

1.3.3. Stades d'évolution d'un fumeur (*Annexe n°2*):

Ils ont été décrits par Prochaska et DiClemente et se construisent en fonction de l'équilibre entre les effets positifs du tabac et les dangers de celui-ci perçus par le fumeur.

- Si les effets positifs perçus sont nombreux et que les dangers perçus sont nuls : c'est un fumeur « heureux » qui n'envisage pas d'arrêter sa consommation. On est au stade de pré-contemplation.
- Lorsque le fumeur commence à percevoir les dangers du tabagisme et qu'il pèse le pour et le contre de son comportement : on se trouve au stade de contemplation.
- Lorsque le fumeur a pris sa décision pour changer son comportement tabagique : on est au stade de préparation. Il a notamment planifié les modalités pratiques de ce changement.
- Lorsque le fumeur modifie son comportement tabagique : on se situe au stade d'action.

Une fois l'arrêt du tabac obtenu, 2 situations peuvent survenir :

- Le maintien définitif de celui-ci.
- La rechute dans un comportement tabagique [8, 11].

1.4. Différents modes de consommation du tabac [13, 14, 15]:

Même si la cigarette industrielle reste le mode de consommation de tabac le plus fréquemment utilisé, il existe d'autres façons de consommer du tabac :

- Le tabac à rouler qui est moins taxé et fait donc de plus en plus d'adeptes surtout auprès de la jeune population. Mais, il est plus nocif que la cigarette industrielle.
- Le cigare et la pipe dont la fumée possède une composition plus toxique que la cigarette. La nicotine est mieux absorbée par la muqueuse buccale donc le consommateur n'avale pas autant la fumée qu'avec une cigarette.
- Le narguilé ou la chicha correspond à du tabac chauffé par un charbon. La fumée émise est refroidie par de l'eau. Sa composition reste la même que dans une cigarette, mais la quantité de tabac contenue dans un narguilé équivaut environ à 10 cigarettes.
- Les bidis et les kreteks sont des formes de tabac fabriqués artisanalement dans les pays du Moyen Orient et d'Asie. Ils ont la particularité d'être aromatisés, ce qui entraîne le masquage de leurs propriétés nocives, et favorise ainsi leur consommation importante avec une inhalation profonde.

- La prise et la chique : la prise correspond à l'introduction de feuilles de tabac émiettées dans le nez ; la chique correspond à la mastication d'une feuille de tabac roulé, elle entraîne plus de dépendance que la chique. Les deux ont quasiment disparu.

1.5. Les marqueurs du tabagisme [15] :

Les marqueurs du tabagisme sont utilisés pour obtenir une mesure objective de l'exposition au tabac (active ou passive).

Il en existe 2 types :

- Des marqueurs issus de l'histoire tabagique du fumeur.
 - L'âge lors de la première cigarette.
 - La durée totale du tabagisme
 - L'existence de tentatives d'arrêt ou non
 - Le nombre de cigarettes fumées par jour
 - La quantification totale de tabac fumé (en paquets-année).
 - La présence ou non d'un tabagisme passif.

Il s'agit de *marqueurs plutôt déclaratifs* qui peuvent sous-estimer la réelle consommation du patient.

- Des marqueurs biologiques.

Parmi eux, il y a principalement la nicotine et la cotinine qui sont des *marqueurs spécifiques* du tabagisme.

Une petite partie de la nicotine inhalée reste dans la circulation sanguine avec une demi-vie très courte (environ 2h). Donc, le dosage de la nicotémie est peu utilisé en pratique courante. On peut aussi retrouver de la nicotine dans la salive, les urines, les cheveux...

Une partie importante de la nicotine est métabolisée. L'oxydation représente 70 à 80% de son métabolisme et produit de la cotinine. Celle-ci possède une demi-vie plus longue (environ 15h) dans le sang. La cotinémie permet de dépister et d'apprécier un tabagisme survenu dans les 3 jours précédents. On retrouve également de la cotinine

dans les urines et la salive avec une concentration corrélée au taux sanguin. Ceci permet une moindre invasivité de la mesure.

La nicotine et la cotinine peuvent aussi être retrouvées lors de la prise de substituts nicotiques (TSN) pendant un sevrage. Dans ce cadre, ils servent à évaluer l'efficacité des TSN.

Parmi les marqueurs biologiques, il y a aussi le CO. C'est un marqueur non spécifique du tabagisme car il existe toujours une fraction de CO polluant l'air ambiant. Malgré tout, la mesure du taux de CO dans l'air expiré (simple et non invasive) reste un bon marqueur du tabagisme qu'il soit actif ou passif.

2. Conséquences du tabagisme :

La fumée du tabac a une action directe ou indirecte sur une majorité des organes du corps humain.

Les conséquences du tabagisme sur la santé sont donc diverses et variées et peuvent entraîner le décès.

Chaque année, environ 66 000 personnes meurent des conséquences de leur tabagisme. La proportion de décès masculins liés au tabac reste prépondérante par rapport aux décès féminins. Mais, ces derniers augmenteront car les femmes ont débuté leur consommation plus tardivement et tous les effets du tabac n'ont pas encore eu lieu [15].

2.1. Conséquences sur la santé générale :

2.1.1. Tabac et cancers :

La fumée du tabac contient jusqu'à 70 agents cancérigènes comme le benzène l'arsenic, le chrome...

D'après des données nationales émises par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), le tabagisme serait responsable de 25% des décès par cancers en France [16].

Bien qu'étant le facteur de risque principal de développer un cancer des poumons, le tabagisme favorise de nombreux autres cancers : ceux de la sphère ORL, du pancréas, de la vessie, des reins, de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du col de l'utérus, du côlon, du rectum, du sein, de l'ovaire, mais aussi la leucémie aigüe myéloïde [3, 16].

2.1.2. Tabac et maladies cardio-vasculaires :

La fumée du tabac entraîne deux modifications cardio-vasculaires importantes :

Tout d'abord, les antioxydants altèrent chroniquement les parois vasculaires et favorisent ainsi l'apparition de la plaque d'athérome et des phénomènes thrombotiques. Ces derniers peuvent entraîner l'occlusion de certains vaisseaux et entraîner notamment une hypertension artérielle (HTA), des accidents vasculaires au niveau cérébral (AVC) ou cardiaque.

De plus, après diffusion dans le sang, le CO possède une affinité pour l'hémoglobine 200 fois supérieure à celle de l'oxygène pour cette même molécule. La carboxyhémoglobine, peut représenter de 5 à 15% de l'hémoglobine totale. Le fumeur se retrouve alors plus rapidement en hypoxie que le non-fumeur. Une tachycardie a lieu pour essayer de préserver l'intégrité de tous les organes [3].

2.1.3. Tabac et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) :

Premièrement, les irritants de la fumée du tabac entraînent une destruction des cils bronchiques. Cela entraîne un défaut d'épuration bronchique qui se manifeste par l'apparition d'une toux chronique.

Ensuite, ils agissent au niveau des petites bronches et entraînent une obstruction bronchique qui se traduit par un essoufflement qui sera tout d'abord visible lors d'un effort. Plus l'atteinte sera importante, plus il aura lieu pour un effort moindre voire lors du repos.

La BPCO peut se compliquer d'un emphysème pulmonaire [3].

2.1.4. Tabac et effets sur la peau et les phanères :

Certains composants du tabac agissent sur les fibres élastiques de la peau et des phanères et entraînent plus de fragilité de ceux-ci, un vieillissement précoce et un défaut de cicatrisation.

De plus, le fumeur a plus de risque de développer de l'acné [3].

2.1.5. Tabac et effets sur l'os :

Le tabagisme augmente le risque de présenter une diminution de la minéralisation osseuse (ostéoporose) et un risque accru de fracture [17].

2.1.6. Tabac et fertilité :

L'exposition au tabac entraîne des troubles de fertilité pour les deux sexes.

- Chez l'homme les troubles de fertilité liés au tabagisme sont :
 - Une dysfonction érectile qui cesse lors de l'arrêt du tabac.
 - Une altération des paramètres spermiologiques entraînant un défaut du pouvoir fécondant des spermatozoïdes et donc un délai de conception augmenté (d'au moins 6 mois).
 - Une altération du matériel nucléaire des gamètes due au stress oxydatif. La fécondation par un spermatozoïde à ADN altéré donne naissance à un œuf qui est souvent spontanément éliminé.

- Chez la femme, les troubles de fertilité liés au tabagisme sont :
 - Un retard à la conception avec une relation dose-effet et une réversibilité lors de l'arrêt du tabagisme (de 6 mois à 1 an en moyenne).
 - Une augmentation des doses nécessaires pour la stimulation ovarienne lors de la Procréation Médicalement Assistée (PMA) chez une fumeuse. Mais le nombre d'ovocytes obtenus est toutefois moins important (diminution d'environ 8% en moyenne jusqu'à 17.2% si la consommation de tabac dépasse 10 cigarettes par jour).
 - La nicotine a effet anti-apoptotique qui peut entraîner le développement d'embryons porteurs d'anomalies génétiques.

Tout ceci a pour effet de réduire le taux de succès des techniques de PMA d'environ 40% [11, 12, 13, 14, 15].

2.2. Conséquence lors de la grossesse :

2.2.1. Grossesses extra-utérines (GEU) :

Le tabagisme entraîne un dysfonctionnement des cils tubaires, une diminution de la contractilité des trompes de Fallope, et une altération de la captation de l'ovocyte par celles-ci.

Le risque de développer une GEU est multiplié par 1.74 fois en cas de tabagisme. Ce risque est d'autant plus important que la consommation de tabac est importante [12, 18, 19, 20, 21].

2.2.2. Fausses couches spontanées (FCS) :

L'exposition à la fumée de tabac entraîne une diminution de la sécrétion de progestérone qui peut entraîner des FCS.

D'après une analyse ne prenant pas en compte d'autres facteurs de risque (comme l'âge, l'indice de masse corporelle, la prise de traitements médicamenteux), une femme fumeuse a en moyenne 2 fois plus de risque de faire une FCS qu'une femme non fumeuse [12, 19, 21].

2.2.3. Placenta bas inséré (PBI) :

Le tabagisme induit une hypoxie tissulaire. Pour pallier à celle-ci et apporter l'oxygène nécessaire au fœtus, le placenta s'étend sur une surface plus importante. Le risque de PBI est environ 1.3 à 3 fois plus important chez les femmes enceintes fumeuses [12, 21, 22].

2.2.4. Hématome rétro-placentaire (HRP) :

Le sang d'une femme qui fume est plus visqueux que celui d'une femme qui ne fume pas. Au niveau placentaire, ceci peut entraîner la nécrose de certains vaisseaux et créer ainsi un HRP.

D'après une méta-analyse de 1999, le risque de développer un HRP est doublé en cas de tabagisme maternel et 15 à 20% des HRP sont retrouvés chez des patientes fumeuses [12, 21].

2.2.5. Rupture prématurée des membranes (RPM) :

Le tabagisme en cours de grossesse multiplie le risque moyen de survenue d'une RPM par 2. Avant 34 SA, le risque est multiplié par 3. Néanmoins, une relation dose-effet n'a pas été démontrée.

Le tabac stimule la production de prostaglandines responsables de l'initiation de contractions utérines et entraîne une hypoxie membranaire. Ces phénomènes peuvent entraîner une RPM.

Fumer déstabilise aussi la flore vaginale. Les vaginoses bactériennes qui peuvent en résulter favorisent la survenue d'une RPM [12].

2.3. Conséquences chez le fœtus :

2.3.1. Hypotrophie fœtale ou bébé de plus petit poids :

L'exposition maternelle au tabac est associée à une diminution du poids de naissance de l'enfant.

Celui-ci serait diminué de 150 à 200g chez un nouveau-né dont la mère était fumeuse tout au long de sa grossesse par rapport à un nouveau-né dont la mère ne fumait pas. Il existe une relation entre la quantité de tabac consommée pendant la grossesse et la restriction de poids du nouveau-né.

Une relation dose-effet existe aussi entre hypotrophie fœtale et tabagisme. L'hypotrophie étant définie comme un nouveau-né dont le poids de naissance est inférieur à 2 500g ou à 2 déviations standards pour le terme.

Le tabagisme passif possède les mêmes effets mais de façon plus modérée. En effet, un nouveau-né dont la mère était exposée passivement au tabac pendant sa grossesse a un poids diminué d'environ 30 à 50g par rapport à un nouveau-né dont la mère ne l'était pas [23].

2.3.2. Mort fœtale in utéro (MFIU) :

Le tabagisme maternel peut parfois entraîner une MFIU. En effet, une patiente qui fume pendant sa grossesse a un risque 2 fois plus important de présenter une MFIU qu'une femme qui n'a pas fumé pendant cette période ou qui a arrêté de fumer lors du premier trimestre.

Le risque de MFIU est d'autant plus grand lorsque la femme enceinte est multipare [24].

2.3.3. Embryopathies :

La malformation fœtale la plus rencontrée en cas de tabagisme gravidique reste la fente faciale [23]. La femme enceinte fumeuse a un risque 1.26 fois plus important d'avoir un enfant avec une fente faciale la femme enceinte qui n'a pas fumé [25]. Parmi les fentes faciales, 11% des fentes labiales et 12% des fentes palatines seraient dues au tabagisme maternel [26].

Le tabagisme maternel pendant la grossesse peut aussi entraîner d'autres malformations telles que des craniosténoses, des réductions de membres, des gastroschisis [25].

2.3.4. Prématurité et ses complications :

Le tabagisme maternel pendant la grossesse est associé à un risque de naissance prématurée. La prématurité est souvent la conséquence d'une complication gravidique.

Il existe une relation dose-effet entre importance du tabagisme et risque de prématurité [23].

2.4. Conséquences chez le nouveau-né et l'enfant en devenir [27, 28]:

2.4.1. Mort subite du nourrisson (MSN) :

La mort subite du nourrisson (MSN) est définie comme le décès subit et inattendu d'un enfant de moins d'un an qui semblait en parfaite santé et dont les expertises et l'autopsie n'ont pas révélées de causes exactes.

L'exposition à la fumée issue du tabac entraîne un risque plus élevé de MSN. Celle-ci peut avoir lieu aussi bien pendant la grossesse que lors du post-partum. Néanmoins, la MSN est prépondérante lors d'une exposition post-natale.

L'exposition à la fumée du tabac entraînerait une perturbation du contrôle central de la respiration du nouveau-né.

2.4.2. Infections :

Quand l'enfant est exposé au tabagisme passif in utéro, il a d'autant plus de risque de développer des infections surtout au niveau des voies aériennes inférieures (bronchite, bronchiolite). Ce risque est augmenté d'environ 72% et la sévérité est elle aussi plus importante.

Les infections peuvent aussi atteindre la sphère ORL : les otites moyennes aiguës sont plus fréquentes et ont une durée plus importante en cas d'exposition au tabagisme passif de l'enfant.

2.4.3. Asthme :

Un enfant exposé au tabagisme passif d'au moins un de ses parents a plus de risque de développer un asthme. En effet, d'après une méta-analyse la prévalence de l'asthme chez l'enfant serait augmentée de 21% en cas de tabagisme passif parental. Cet asthme serait plus sévère que celui observé chez un enfant non exposé au tabagisme passif.

2.4.4. Risque de cancer :

Le risque de cancer chez l'enfant serait augmenté de 10% lorsqu'il a été exposé au tabagisme passif de sa mère in utéro.

2.4.5. Difficultés d'apprentissage :

En même temps que la restriction de croissance fœtale, l'exposition tabagique in utéro entraîne une diminution significative du périmètre crânien. Chez les nouveau-nés exposés, le poids cérébral peut être diminué d'environ 48g. Ceci pourrait expliquer les troubles cognitifs et psycho-affectifs de certains enfants entraînant des difficultés dans l'apprentissage en période de scolarisation.

2.5. Le tabagisme passif [4]:

Le tabagisme passif correspond à l'inhalation involontaire des courants secondaires et tertiaires de la fumée du tabac. On parle aussi de tabagisme environnemental.

Avant les différentes mesures de lutte contre le tabagisme celui-ci pouvait être à la fois domestique, professionnel ou public. Depuis l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics, le tabagisme passif reste essentiellement domestique.

Le fumeur passif inhale une fumée plus toxique que celle issue du courant primaire. En effet, le courant secondaire contient notamment 2,5 fois plus de CO et 3 fois plus de nicotine que le courant primaire.

Un fumeur est exposé à son propre tabagisme de façon passive lorsqu'il inhale le courant secondaire issu de sa cigarette.

La quantification du tabagisme passif est très difficile. Malgré tout, celui-ci augmente dans une proportion non négligeable le risque de développer certaines des pathologies dues à un tabagisme actif et ce d'autant plus s'il est prolongé.

Il existe une autre forme de tabagisme passif qui ne répond pas à la définition précédente. Il s'agit du tabagisme passif du fœtus. En effet, celui-ci n'inhale pas les courants secondaire et tertiaire de la fumée du tabac mais subit le passage trans-placentaire des substances toxiques inhalées par la femme qui le porte.

3. Moyens de lutte contre le tabagisme :

3.1. Niveau législatif :

3.1.1. Loi Veil du 09/07/1976 :

Elle a interdit toute propagande et toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ou des produits issus du tabac, en dehors des lieux de vente de ceux-ci.

De plus, aucune distribution gratuite de ceux-ci n'est autorisée [29].

3.1.2. Loi Evin du 10/01/1991 :

Elle est relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Concernant le tabagisme, cette loi :

- Poursuit les dispositions de la loi Veil de 1976.
- Interdit l'usage du tabac dans les lieux collectifs tels que les lieux d'enseignement (école, collège, lycée).
- Oblige les producteurs à afficher les taux de nicotine, de goudrons et de monoxyde de carbone et à inscrire la mention « *Nuit gravement à la santé* » sur les paquets [30].

3.1.3. Plans cancers :

Compte tenu du pouvoir cancérigène du tabac, la lutte contre le tabagisme est inscrite depuis plusieurs années dans les différents plans cancers mis en place par le Ministère de la santé.

Il y a eu tour à tour le plan cancer 2003-2007, le plan cancer 2009-2013 dans lesquels une mesure anti-tabac était notifiée (*Annexe n°3*) [31].

Le 04 février 2014, lors de la journée mondiale contre le cancer, un nouveau plan cancer est annoncé par le président de la République. Dans celui-ci de nouvelles mesures anti-tabac sont présentées.

De plus, un programme national de prévention du tabagisme devrait voir le jour avant l'été 2014. Celui-ci aura pour but de réduire la prévalence du tabagisme à environ 22%.

3.1.4. Interdiction de fumer dans les lieux collectifs :

Le décret n° 2006-1386 du 15/11/2006 a tout d'abord interdit de fumer dans les lieux de travail, dans les centres commerciaux, les aéroports, les gares, les hôpitaux et les écoles depuis le 1^{er} février 2007.

Ensuite, ce même décret a étendu l'interdiction aux lieux de convivialité tels que les bars, les restaurants, les hôtels, les casinos et les discothèques depuis le 1^{er} janvier 2008.

Cela a plus d'impact sur le tabagisme passif et répond à la convention cadre de l'OMS pour la lutte contre anti-tabac (CCLAT) ratifiée par le Parlement français en 2004 [32, 33].

3.1.5. Vente interdite aux mineurs :

Avant 2009, la vente de tabac et de ses produits dérivés était interdite aux mineurs de moins de 16 ans.

Avec l'article 98 de la loi hôpital patients santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, cette interdiction s'étend maintenant à tous les mineurs de moins de 18 ans [34].

3.1.6. Dispositions diverses :

Le prix d'un paquet de cigarette est pour 80% une source de revenus pour l'Etat. C'est pourquoi, il existe régulièrement des hausse des prix du tabac à cause de l'augmentation des taxes gouvernementales.

Depuis février 2007, il existe un remboursement des TSN par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à hauteur de 50 euros par année civile et par bénéficiaire.

En avril 2011, des avertissements sanitaires sous la forme d'image chocs sur les paquets de cigarettes furent mis en place par l'Etat.

Depuis le 1^{er} septembre 2011, le remboursement des TSN par la CPAM a été réévalué à 150 euros par année et par bénéficiaire pour les femmes enceintes [35].

Depuis 1996, il existe un réseau d'hôpitaux sans tabac. En plus d'être un lieu de soins, l'hôpital est un lieu où la prévention et la promotion de la santé sont aussi de mise.

Pour le milieu de la périnatalité, on parle de maternités sans tabac. Pour faire partie du réseau des maternités sans tabac, il suffit de signer une charte qui comporte 10 points à respecter (*Annexe n°4*). Ces maternités sont des zones non-fumeur où la prise en charge du tabagisme doit se faire à la fois pour les patientes et leur conjoint, mais aussi pour le personnel [36].

3.2. Niveau pratique [8]:

Plusieurs méthodes de sevrage sont à disposition de n'importe quel praticien prenant en charge une femme enceinte.

3.2.1. Conseil minimal :

Il consiste à savoir si une femme est fumeuse ou non et à indiquer à la femme enceinte fumeuse qu'il serait mieux qu'elle arrête le tabac.

3.2.2. Méthode des 5 A (*Annexe n°5*) :

Elle complète le conseil minimal :

- 1^{ère} étape : ASK : consiste en l'interrogation sur la consommation de tabac par la patiente.
- 2^{ème} étape : ADVISE : consiste à conseiller l'arrêt du tabagisme.
- 3^{ème} étape : ASSESS : consiste à vérifier la motivation de la femme enceinte à se sevrer. « Souhaitez-vous arrêter de fumer ? »
- 4^{ème} étape : ASSIST : consiste à aider le sevrage tabagique d'une patiente motivée à l'arrêt du tabac.
- 5^{ème} étape : ARRANGE : consiste à donner tous les moyens techniques pour le sevrage et organiser un suivi.

3.2.3. Traitements de substitution nicotinique (TSN) :

Il s'agit de la prise en charge pharmacologique du sevrage tabagique. Les TSN sont utilisés pour pallier aux effets indésirables de celui-ci.

Depuis 1997, leur utilisation est autorisée pendant la grossesse mais encore méconnue par les femmes enceintes.

Il existe différentes formes de TSN : les gommes à mâcher, les pastilles à sucer, l'inhalateur et enfin le patch ou timbre transdermique. Toutes sont composées uniquement de nicotine et permettent d'en obtenir une concentration assez importante pour agir efficacement sur les centres cérébraux et diminuer ainsi la sensation de manque.

Les doses de TSN sont à adapter à la consommation de tabac et au résultat du score de Fagerström pour éviter un syndrome de manque. En effet, si les doses étaient trop importantes ou ne l'étaient pas assez des symptômes pourraient apparaître.

La combinaison des TSN avec une prise en charge psychologique apporte un taux d'abstinence plus élevé que la prise de TSN seule.

D'autres méthodes, plus psychologiques, sont réservées à des thérapeutes spécialisés pour initier un sevrage. Parmi elles il y a :

3.2.4. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC):

Pour les fumeuses qui ont une dépendance comportementale importante, elle peut être un moyen efficace de rompre avec les habitudes que le tabagisme engendre. Elle doit être dispensée par un professionnel formé à cela comme un tabacologue, un psychologue ou un psychiatre.

3.2.5. Entretien motivationnel (EM) :

C'est une prise en charge directive et personnalisée qui consiste à aider le fumeur à se motiver lui-même. L'EM consiste à poser des questions ouvertes et à écouter activement le patient en reformulant ce qu'il dit afin que celui-ci trouve lui-

même sa propre motivation à son sevrage. La motivation au sevrage étant définie par l'ensemble des motifs incitant le sevrage. Il existe un score pouvant mesurer l'évolution de la motivation au fil du temps : il s'agit du score Q-MAT (*Annexe n°6*).

3.2.6. Consultation tabacologiques :

Elles sont réalisées par des thérapeutes qualifiés et permettent de combiner différentes méthodes afin d'obtenir le sevrage. Généralement, plusieurs consultations de ce type sont nécessaires pour parvenir à un résultat probant notamment chez les fumeurs très dépendants.

3.2.7. Autres prises en charge pharmacologiques :

Le bupropion est délivré sous la forme de comprimés. C'est un antidépresseur qui se révèle efficace pour le sevrage tabagique. Néanmoins il n'a pas l'autorisation de mise sur le marché pour la prise en charge du sevrage tabagique chez la femme enceinte ou allaitante.

Depuis quelques mois, le concept de la cigarette électronique bat son plein. Il s'agit d'un dispositif électronique produisant une vapeur de nicotine et d'arômes. L'OMS a recommandé de ne pas avoir recours à cette méthode compte tenu de la pauvreté des études sur le sujet.

4. Epidémiologie du tabagisme :

4.1. Dans la population générale :

En 2010, d'après le baromètre santé, environ un tiers de la population française de 15 à 85 ans était fumeuse.

En 2011, le début moyen du tabagisme se fait à l'âge de 14,1 ans et en moyenne il devient quotidien à 15 ans.

En 2010, en France, 27.3% des personnes sont fumeuses quotidiennement alors que 4.3% le sont qu'occasionnellement.

Les hommes étaient encore plus nombreux à fumer que les femmes (35.6% contre 27.9%), bien que cet écart ait eu tendance à se réduire avec le temps.

L'écart le plus important entre le nombre de femmes fumeuses et le nombre d'hommes fumeurs a lieu dans la tranche d'âge de 25 à 34 ans. En effet, c'est à cet âge que les femmes sont le plus souvent enceintes, et la grossesse peut favoriser leur sevrage [37, 38].

4.2. Chez les femmes :

Depuis les années 1960, il existe une réelle épidémie du tabagisme féminin. L'émancipation des femmes à cette période a entraîné une recrudescence de femmes fumeuses. Au fil du temps l'écart entre la prévalence d'hommes fumeurs et de femmes fumeuses tend à se réduire [39].

En 2010, les femmes de 15 à 75 ans étaient 30.2% à être fumeuses et 26.1% des femmes fumaient quotidiennement. Cette prévalence était en augmentation significative depuis le dernier baromètre santé de 2005, mais l'évolution de celle-ci se révèle assez différenciée selon l'âge.

La première expérimentation chez la fille a lieu en moyenne à 14,1 ans et le tabagisme régulier à 15,1 ans [40].

Chez la femme en âge de procréer, la prévalence du tabagisme est restée assez stable entre 2005 et 2010. Elle a en effet légèrement augmenté mais sans significativité.

Le nombre moyen de cigarettes par jour chez la femme était de 12,3. Mais plus de 10 cigarettes par jour étaient fumées par 63,9% des femmes.

Un arrêt volontaire du tabac d'au minimum une semaine a été déclaré par 70.2% des femmes fumeuses [37].

4.3. Chez les femmes enceintes :

Le tabagisme reste une intoxication fréquente pendant la grossesse.

En 2010, encore 17.1% de l'ensemble des femmes enceintes fumaient au 3^{ème} trimestre de leur grossesse. Même si la plupart des sevrages tabagiques avaient lieu lors du 1^{er} trimestre de la grossesse (81.2%), encore 10.2% des arrêts survenaient plus tardivement lors des 2^{èmes} et 3^{èmes} trimestres [41].

5. Les facteurs favorisant un tabagisme pendant la grossesse [42, 43, 44, 45, 46, 47] :

Bien que la grossesse soit un moment opportun pour une femme fumeuse de changer son comportement tabagique, l'arrêt total du tabagisme pendant la grossesse reste encore difficile à obtenir.

Malgré tout, certaines femmes réussissent à diminuer leur consommation journalière de tabac, mais celle-ci n'a pas toujours un effet bénéfique sur la consommation. En effet, le phénomène d'auto-titration est à prendre en compte. Celui-ci correspond au fait de fumer différemment (inhalation plus profonde, augmentation du nombre d'inhalations, apnée avant expiration et expiration lèvres pincées...), de façon à maintenir des taux de nicotine identiques pour combler le phénomène de manque. Ce phénomène d'auto-titration existe d'autant plus que le métabolisme de la nicotine est augmenté de 30% pendant la grossesse.

Il existe des facteurs qui entravent les démarches de sevrage entreprises lors de la grossesse ou qui empêchent au contraire toute démarche de sevrage lors de celle-ci.

Parmi ceux-ci, le statut socio-économique fragilisé de la patiente et la présence d'un entourage fumeur (surtout si le conjoint fume) possèdent une place importante.

D'autre part, les femmes qui continuent le tabac pendant la grossesse seraient le plus souvent des femmes :

- Jeunes (car faible perception des risques)
- Qui ne sont pas mariées
- Avec un faible niveau d'études

- Sans travail
- Avec un entourage fumeur (famille, amis, collègues de travail) et surtout un conjoint fumeur
- Qui ont commencé le tabac précocement
- Présentant une consommation élevée avant la grossesse
- Ayant déjà un ou plusieurs enfants biologiques en bonne santé
- Possédant une dépendance élevée avant la grossesse
- Ayant une grossesse inopinée
- Ayant déjà tenté d'arrêter de fumer ne nombreuses fois avec peu de réussites
- N'ayant pas confiance en elle pour se sevrer (stress élevé, faible soutien social...)
- Craignant de prendre trop de poids pendant la grossesse
- Méconnaissant les effets du tabagisme
- Ayant peu de motivation ou qui présentant seulement une motivation extrinsèque (qui concerne la santé de l'enfant et les pressions sociales).
- Souhaitant donner le biberon à leur enfant.

6. Les représentations :

6.1. Généralités :

Une représentation est un concept issu de la sociologie et de la psychologie. Celui-ci tend à saisir les opinions, les perceptions qui poussent les individus et les groupes d'individus à agir dans un sens ou dans un autre.

Cela permet de comprendre ce que pensent, ce que disent, ce que savent et ce que font des individus au regard de normes sociales qu'ils ont intégrées et qui les façonnent (normes personnelles, professionnelles, sociales...).

Les représentations de la santé peuvent être diverses et variées en fonction des critères caractérisant l'individu ou son groupe d'appartenance.

Ces représentations permettent donc d'expliquer des comportements et des attitudes diversifiées en relation avec la santé [48].

6.2. Représentations du tabagisme pendant la grossesse :

6.2.1. Chez les femmes :

L'image d'une femme enceinte qui fume n'est pas acceptable par la majorité des femmes interrogées (qu'elles soient fumeuses ou non). Cette représentation est souvent la conséquence d'une responsabilité des femmes envers les enfants qu'elles portent [49].

6.2.2. Chez leurs conjoints :

Il existe plusieurs catégories d'hommes concernant les représentations du tabagisme. Tout d'abord, il y a ceux dont le tabagisme est synonyme de masculinité et pour qui le fait de fumer joue un rôle dans leur propre identité. Pour certains hommes, au contraire, le tabagisme est une aide pour lutter contre le stress des différents événements de vie, notamment celui de devenir un père responsable.

Pendant la grossesse, certains hommes se sentent dans l'obligation d'arrêter de fumer à cause de demandes de la part de leur conjointe. Pour d'autres, la détermination à fumer se trouve ébranlée par l'idéal de paternité qu'ils se font. Au contraire, quelques hommes ne sont pas prêts à modifier leur comportement tabagique pendant la grossesse de leur conjointe. Parmi eux, certains le seront quand leur enfant sera né et qu'ainsi leur paternité sera effective [50].

Au contraire des femmes, nous n'avons retrouvé aucune étude concernant les représentations que leurs conjoints ont du tabagisme pendant la grossesse. C'est pour cela qu'il nous est paru intéressant de nous pencher sur cet aspect-là.

6.3. Représentation du couple sur le tabagisme lors des suites de couches :

La période des suites de couches est une période propice à la rechute dans le tabagisme après une période de sevrage pendant la grossesse. En effet, environ 40% de femmes qui ont réussi à arrêter de fumer pendant la grossesse reprennent dans les 2 semaines du post-partum et 72% entre 12 et 22 mois suivant la naissance [51].

Souvent, le facteur de risque principal de rechute est représenté par la présence d'un conjoint fumeur.

Devant le manque de données, il nous est paru intéressant de connaître les représentations du tabagisme qu'a le couple lors de cette période, afin de comprendre quels pourraient être les moyens de lutte contre cette rechute

II- MATERIELS ET METHODE

1. Caractéristiques de l'étude :

1.1. Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est de connaître les déterminants majeurs de la poursuite du tabagisme pendant la grossesse. Le critère de jugement sera le taux de réponses positives au tabagisme en fin de grossesse en fonction d'indicateurs étudiés.

Les objectifs secondaires sont de connaître les représentations des femmes et de leurs conjoints concernant le tabagisme lors de la grossesse et des suites de couches. Les critères de jugement seront les pourcentages des différentes représentations des femmes et de leurs conjoints.

1.2. Type d'étude :

Pour parvenir à l'objectif principal, nous avons réalisé une étude observationnelle à visée étiologique.

Pour ce qui concerne les objectifs secondaires, il s'agit plutôt d'une étude observationnelle descriptive.

1.3. Lieu et durée de l'étude :

L'étude s'est déroulée au sein du Centre Hospitalier Universitaire Estaing de Clermont-Ferrand (niveau III) du 02 décembre 2013 au 17 janvier 2014.

1.4. Populations de l'étude :

1.4.1. Volet 1 : les femmes :

➤ **Population cible :**

Il s'agit des femmes qui séjournent en suites de couches.

➤ **Population source :**

Il s'agit des femmes qui séjournent dans le service de suites de couches du CHU Estaing de Clermont-Ferrand.

1.4.2. Volet 2 : les conjoints :

➤ **Population cible :**

Il s'agit des conjoints des femmes qui séjournent en suites de couches.

➤ **Population source :**

Il s'agit des conjoints des femmes qui séjournent dans le service de suites de couches du CHU Estaing de Clermont-Ferrand.

1.5. Critères de sélection :

1.5.1. Volet 1 : les femmes :

➤ **Critères d'inclusion:**

- Les femmes identifiées comme fumeuses avant la grossesse sur le logiciel informatique ICOS.
- Les femmes qui ont donné naissance à un ou plusieurs enfants nés vivants.

➤ **Critères d'exclusion:**

- Les femmes ne maîtrisant pas le français écrit.
- Les femmes mineures.
- Les femmes qui ont arrêté de fumer en prévision de la grossesse.

1.5.2. Volet 2 : les conjoints :

➤ **Critères d'inclusion:**

- Les conjoints de femmes identifiées comme fumeuse avant la grossesse sur le logiciel ICOS.
- Les conjoints dont les femmes ont donné naissance à un ou plusieurs enfants nés vivants.

➤ **Critères d'exclusion:**

- Les conjoints ne maîtrisant pas le français écrit.
- Les conjoints mineurs.
- Les conjoints de femmes qui ont arrêté de fumer en prévision de la grossesse.

2. Recueil :

Nous avons distribué un auto-questionnaire destiné à ces patientes (*Annexe n°7*) et un auto-questionnaire destiné à leurs conjoints si elles en avaient un (*Annexe n°8*). Ces questionnaires étaient composés à la fois de questions fermées et de questions ouvertes.

Le questionnaire destiné aux mamans avait pour but de connaître les histoires personnelle et tabagique des femmes qui avaient déclaré fumer avant leur grossesse, de savoir quels étaient les déterminants majeurs les poussant ou non à poursuivre leur tabagisme pendant la grossesse et de percevoir leurs représentations du tabagisme pendant cette période et celle des suites de couches.

Le questionnaire destiné aux papas avait pour but de percevoir leurs propres représentations du tabagisme pendant ces mêmes périodes.

Les jours de recueil, nous repérions les femmes du service indiquées comme fumeuses avant la grossesse dans le logiciel ICOS. Ensuite, nous vérifiions s'il y avait des données pouvant les exclure de l'étude avant d'aller distribuer les questionnaires en main propre à chaque patiente retenue.

Dans la chambre, nous expliquions les modalités de remplissage du questionnaire à la patiente et à son conjoint s'il était là. Sinon, nous demandions à la patiente d'informer son conjoint de l'existence de ce questionnaire et des modalités de remplissage.

Pour le recueil du questionnaire, nous informions le couple qu'il devait le laisser à l'équipe soignante du secteur après son remplissage. Une pochette destinée à l'étude était disposée dans chaque bureau des différents secteurs de suites de couche de la maternité. Les questionnaires étaient récupérés et disposés dans cette pochette par l'équipe soignante, lorsque les patientes et leurs conjoints les rendaient.

3. Implications éthiques et réglementaires :

Avant de distribuer les questionnaires, nous avons dû obtenir les accords des différents responsables du pôle GORH du CHU Estaing.

Nous avons distribué en main propre les questionnaires aux patientes et à leurs conjoints si elles en avaient un.

Nous avons informé ces personnes de notre étude et nous avons recueilli leurs consentements libres et éclairés à l'aide de lettres d'information disposées au début des questionnaires (*Annexes 9 et 10*).

Nous avons attribué un nombre à chaque questionnaire dans le but de respecter l'anonymat des répondants. L'information concernant l'anonymisation des questionnaires se trouvait elle aussi dans les lettres d'information.

De plus, dans celles-ci, nous avons spécifié aux personnes qu'elles pouvaient refuser l'étude ou se retirer de celle-ci à tout moment si elles le souhaitaient. Pour se retirer de l'étude, il suffisait aux personnes de nous contacter à l'aide des coordonnées que nous leur avons laissées et de nous donner leur numéro d'anonymisation.

4. Méthode statistique :

L'ensemble des données a été saisi dans un tableau où chaque questionnaire était repéré par son numéro d'anonymat. Ce tableau a été réalisé grâce au logiciel Microsoft Office Excel 2010, et les variables de chaque tableau étaient analysées statistiquement grâce au logiciel « R » dans sa version 2.14.2.

En ce qui concerne les statistiques descriptives :

- Les variables quantitatives continues ont été exprimées par la moyenne, le minimum, le maximum et l'écart-type.
- Pour les variables qualitatives nous avons donné les effectifs et les pourcentages.

Pour les statistiques différentielles :

- Le lien entre une variable quantitative et une variable qualitative à 2 classes a été évalué à l'aide du test de Student.
- Le lien entre 2 variables qualitatives a été étudié par le test exact de Fisher compte tenu de son large champ d'application.

Ces tests ont été formulés de manière bilatérale avec un risque de première espèce fixé à 5% ($p=0,05$). Les résultats étaient donc significatifs lorsque $p < 0,05$.

Les différentes figures ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2010.

III- RESULTATS

Au total, **107** questionnaires ont été distribués aux patientes et **93** questionnaires à leurs conjoints.

Au total, **72** questionnaires féminins ont été remplis et rendus par les patientes : soit un taux de participation de **67,28%** de celles-ci.

Les questionnaires masculins remplis et rendus s'élevaient à **59** : soit un taux de participation de **63,44%** des conjoints.

Aucun participant ne m'a contactée à postériori pour annuler sa participation à l'étude.

1. Caractéristiques des populations :

1.1. Volet 1 : les femmes :

1.1.1. Age :

L'âge moyen des femmes interrogées était de **28,45 ans** avec un minimum de 18 ans et un maximum de 44 ans. L'écart type est de 5,48 ans.

1.1.2. Caractéristiques socio-économiques :

Tableau I : Caractéristiques socio-économiques des femmes.

Caractéristiques	Description	Effectifs (%)
SITUATION FAMILIALE	Célibataires	42 (58,33)
	Mariées	17 (23,61)
	Pacsées	13 (18,06)
	Divorcées	0 (0,00)
	Veuves	0 (0,00)
VIE SEULE	Oui	3 (4,17)
	Non	69 (95,83)
NIVEAU D'ETUDE	Sans diplôme ou brevet des collèges	6 (8,33)
	BEP ou CAP	18 (25,00)
	Baccalauréat général, technologique ou professionnel	15 (20,83)
	Diplôme de niveau bac +2	16 (22,22)
	Diplôme de second ou de troisième cycle universitaire ou un diplôme issu des grandes écoles	16 (22,22)
	Pas d'information	1 (1,39)

Caractéristiques	Description	Effectifs (%)
PROFESSION	Agricultrice exploitante	0 (0,00)
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3 (4,17)
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 (8,33)
	Professions intermédiaires	3 (4,17)
	Employées	36 (50,00)
	Ouvrière	1 (1,39)
	Sans activité	21 (29,17)
	Pas d'information	2 (2,78)
COUVERTURE SOCIALE	SS seule	2 (2,78)
	SS + mutuelle	59 (81,94)
	CMU ou CMU complémentaire	11 (15,28)
	Aide médicale d'Etat	0 (0,00)
SOUTIEN ENTOURAGE	Oui	71 (98,61)
	Non	1 (1,39)
TOTAL		72 (100,00)

1.1.3. Parité :

Parmi les 72 femmes interrogées, **69,44%** (n=50) venaient de mettre au monde leur premier enfant. Au contraire, **30,56%** (n=22) avaient déjà au moins un enfant.

1.2. Volet 2 : les conjoints :

1.2.1. Age :

L'âge moyen des conjoints interrogés était de **31,81 ans** avec un minimum de 20 ans et un maximum de 46 ans. L'écart type est de 5,32 ans.

1.2.2. Caractéristiques socio-économiques :

Tableau II : Caractéristiques socio-économiques des conjoints.

Caractéristiques	Description	Effectifs	(%)
NIVEAU D'ETUDE	Sans diplôme ou brevet des collèges	9	(15,25)
	BEP ou CAP	14	(23,73)
	Baccalauréat général, technologique ou professionnel	11	(18,64)
	Diplôme de niveau bac +2	15	(25,42)
	Diplôme de second ou de troisième cycle universitaire ou un diplôme issu des grandes écoles	10	(16,95)
PROFESSION	Agricultrice exploitante	1	(1,69)
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4	(6,78)
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	9	(15,25)
	Professions intermédiaires	3	(5,08)
	Employées	24	(40,68)
	Ouvrière	12	(20,34)
	Sans activité	5	(8,47)
Pas d'information	1	(1,69)	
TOTAL		59	100,00

2. Histoire tabagique des femmes :

2.1. Age à la première expérimentation :

L'âge moyen de la première expérimentation du tabac par les femmes interrogées était de **15,26 ans**, avec un minimum de 9 ans et un maximum de 20 ans. L'écart type est de 2,21 ans.

2.2. Age lors du tabagisme régulier :

L'âge moyen du début de régularité du tabagisme chez les femmes interrogées était de **17,07 ans**, avec un minimum de 13 ans et un maximum de 28 ans. L'écart type est de 2,80 ans.

2.3. Tentatives de sevrage :

Sur les 72 femmes qui ont répondu :

- **22,22% (n=16)** n'ont jamais tenté d'arrêter de fumer précédemment
- Au contraire, **77,78% (n=56)** ont déjà tenté une démarche de sevrage.
 - La moyenne du nombre de tentatives de sevrage entreprises par ces personnes était de **2,15**.
 - Un sevrage pendant un certain temps avait été réussi par **85,71% (n=48)** de ces femmes.
 - Les différentes occasions de sevrage mentionnées sont :
 - La ou les grossesse(s) pour **59,09% des multipares**.
 - Sans raison particulière pour **19,44% (n=14)** des femmes.
 - A cause d'un problème de santé pour **4,17% (n=3)** des femmes.
 - Pour accompagner son conjoint dans son sevrage pour **2,78% (n=2)** des femmes.
 - Ensuite plusieurs raisons diverses ont été mentionnées une seule fois (**1,39%**): « pendant le traitement pour une FIV », « pour l'allaitement maternel », « pour causes financières », « pour cause de changement professionnel », « pour un pari ».

2.4. Tabagisme passif :

Au total, sur les 72 patientes répondantes :

- **20,83% (n=15)** n'étaient pas exposées à un tabagisme passif
- **79,17% (n=57)** étaient exposées au tabagisme passif d'un tiers. Parmi elles :
 - **68,42% (n=39)** avaient un conjoint fumeur
 - **31,58 (n=18)** avaient une personne de son entourage qui était fumeur.

2.5. Test de Fagerström avant la grossesse :

La moyenne des résultats des tests de Fagerstrom des 72 patientes interrogées était de **2,38**. La médiane est à 2, le minimum étant de 0 et le maximum de 8. L'écart type est de 1,97.

3. Comportement tabagique :

3.1. Pendant la grossesse :

3.1.1. Volet 1 : les femmes (*Annexe n°11*) :

➤ Arrêt spontané lors de la découverte de la grossesse :

Parmi les 72 patientes répondantes :

- **44,44%** (n=32) ont arrêté spontanément de fumer dès la connaissance de leur grossesse. Parmi elles :
 - **18,75%** (n=6) ont fini par reprendre leur tabagisme en cours de grossesse
 - **81,25%** (n=26) ont réussi à ne pas fumer tout au long de leur grossesse
- **55,56%** (n=40) ont, au contraire, continué de fumer pendant toute ou partie de la grossesse.

Les motivations des patientes qui ont arrêté spontanément étaient :

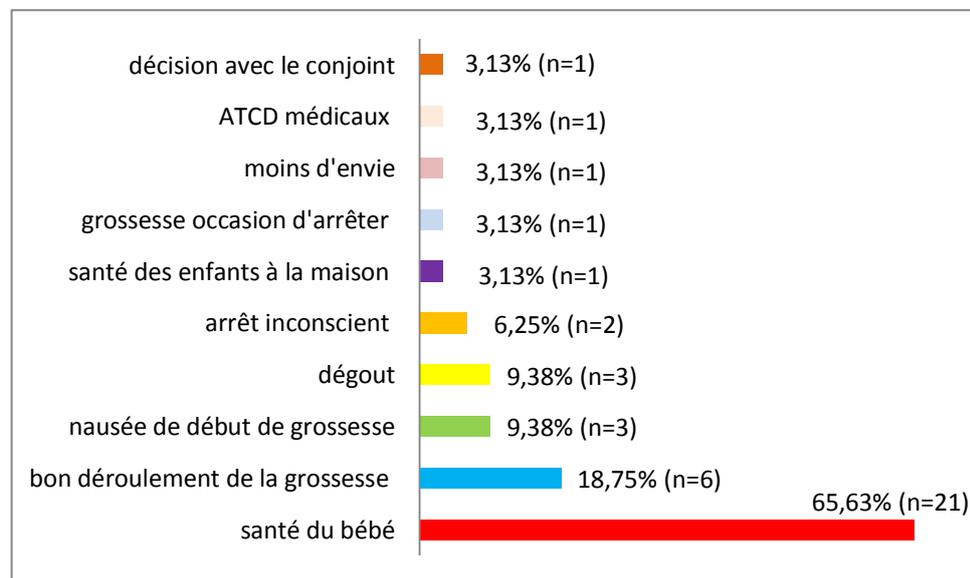


Figure 1: Motivations à l'arrêt spontané en début de grossesse.

➤ **Poursuite du tabagisme pendant la grossesse :**

Les prochains résultats sont basés sur les **63,89%** (n=46) patientes qui ont finalement fumé pendant leur grossesse.

✓ **Consommation en début de grossesse :**

La consommation moyenne en début de grossesse par ces patientes était de **10,02 cigarettes par jour**. La médiane était à 10, le minimum étant de 1 et le maximum de 40 cigarettes par jour. L'écart type est de 7,12.

✓ **Auto-évaluation de leur consommation :**

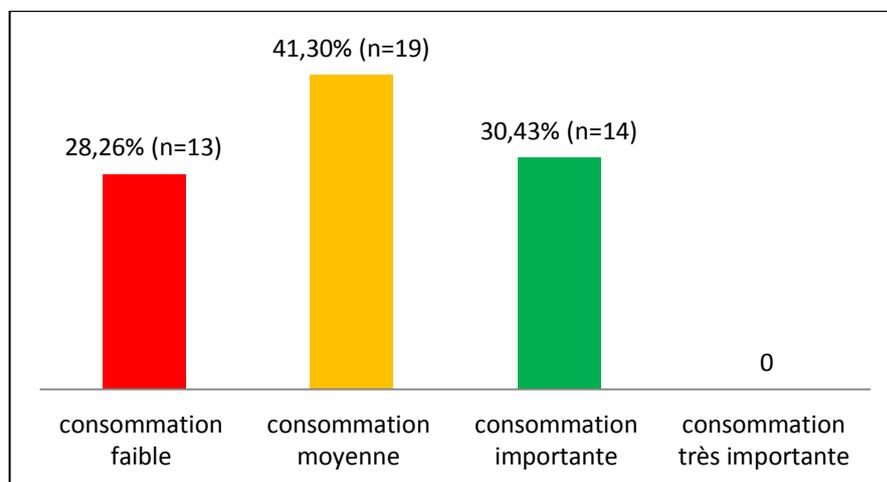


Figure 2: Auto-évaluation de la consommation tabagique des femmes en début de grossesse.

✓ **Essai de sevrage pendant la grossesse :**

Certaines des femmes qui ont fumé pendant leur grossesse ont essayé néanmoins d'arrêter de fumer.

Parmi les 46 fumeuses :

- **32,61%** (n=15) n'ont pas tenté de se sevrer pendant la grossesse
- **67,39%** (n=31) ont essayé de se sevrer chacune avec un degré de motivation différent. Parmi celles-ci, **16,13%** (n=5) sont des femmes qui ont rechuté après un arrêt spontané en début de grossesse. Le degré de motivation moyen des

femmes qui ont essayé de se sevrer était de **6,93** sur une échelle s'étendant de 0 à 10. La médiane était à 7,2, le minimum étant de 2,6 et le maximum de 10. L'écart type est de 2,19.

✓ **Modalités de sevrage pendant la grossesse :**

Parmi les 31 femmes qui ont tenté de se sevrer, les méthodes utilisées étaient différentes :

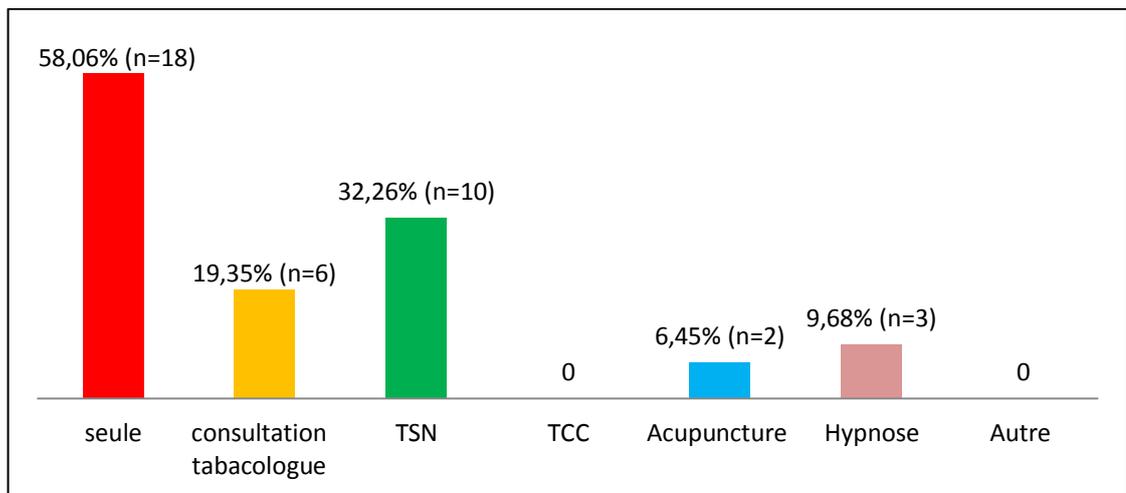


Figure 3: Méthodes de sevrage maternel.

✓ **Facteur motivant :**

Pour chacune de ces 31 patientes, le facteur motivationnel prépondérant n'était pas le même :

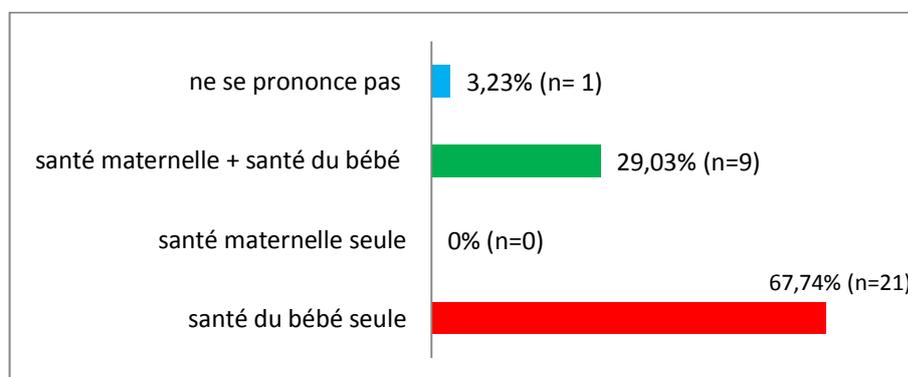


Figure 4: Facteurs motivant le sevrage maternel.

✓ **Tabagisme en fin de grossesse :**

A la fin de la grossesse **78,26%** (n=36) des femmes qui ont fumé pendant la grossesse fumaient encore (soit **50,00%** de l'échantillon total). Parmi celles qui ont essayé d'arrêter de fumer, **70,97%** (n=22/31) n'ont pas réussi.

Ces 36 femmes fumaient en moyenne **5,47 cigarettes par jour**. La médiane est à 5, le minimum est de 1 et le maximum de 15 cigarettes par jour. L'écart type est de 2,73.

L'auto-évaluation de leur consommation était la suivante :

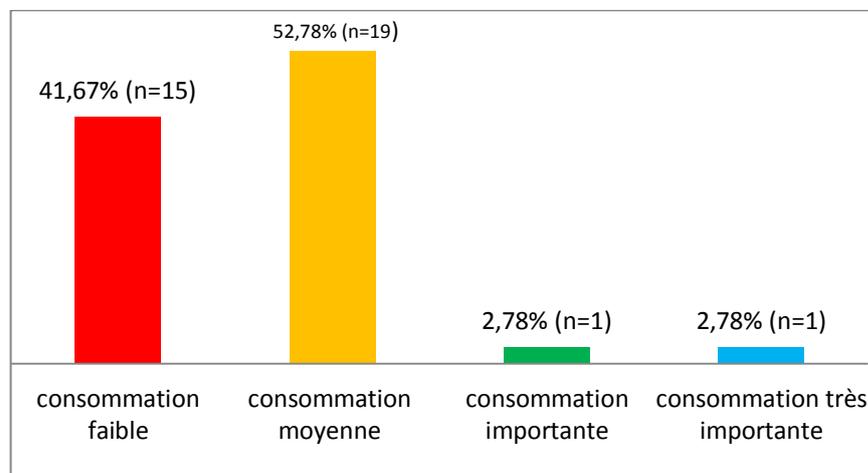


Figure 5: Auto-évaluation de la consommation tabagique des femmes en fin de grossesse.

3.1.2. Volet 2 : les conjoints :

➤ **Consommation tabagique en début de grossesse:**

Parmi les 59 conjoints qui ont répondu au questionnaire, **69,49%** (n=41) étaient fumeurs avant la grossesse de leur conjointe tandis que **30,51%** (n=18) ne l'étaient pas.

Les conjoints fumeurs avaient une consommation moyenne de **12,53 cigarettes par jour**. La médiane étant à 11, le minimum de 2 et le maximum de 30 cigarettes par jour. L'écart type est de 6,77.

➤ **Auto-évaluation de leur consommation :**

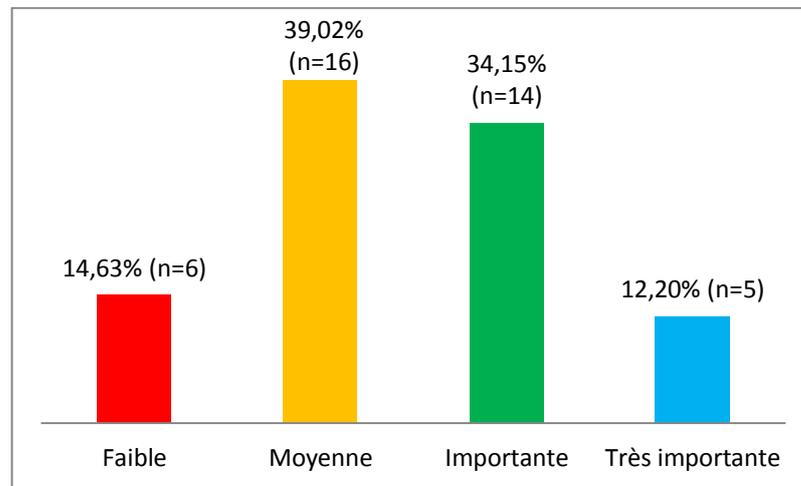


Figure 6: Auto-évaluation de la consommation tabagique des conjoints en début de grossesse.

➤ **Comportement tabagique pendant la grossesse :**

Parmi les 41 fumeurs recensés, **46,34%** (n=19) n'ont pas changé leur comportement pendant la grossesse de leur femme. Néanmoins, les **53,66%** (n=22) restant ont modifié leur consommation: parmi eux **13,64%** (n=3) l'ont augmenté, **54,54%** (n=12) l'ont diminué et **31,82%** (n=7) ont totalement cessé de fumer

3.2. Pendant les suites de couches :

3.2.1. Volet 1 : les femmes :

Lors de leur séjour en suites de couches, parmi les 72 patientes répondantes, il y en a **56,94%** (n=41) qui ne fumaient pas, tandis que **43,06%** (n=31) fumaient encore.

Parmi les 41 non-fumeuses en post-partum, **63,41%** (n=26) pensaient que leur arrêt du tabac serait définitif, néanmoins **29,27%** (n=12) restaient incertaines sur leur capacité à ne pas reprendre le tabac et **7,32%** (n=3) ne se sont pas prononcées.

« L'assimilation du tabac à un moment de plaisir », « la crainte de la tentation vis-à-vis du conjoint fumeur » et « le manque de fumer » sont les principaux facteurs, qui selon elles, pourraient faire rechuter les patientes incertaines.

3.2.2. Volet 2 : les conjoints :

Parmi les 59 conjoints qui se sont exprimés, **55,93%** (n=33) étaient fumeurs lors du séjour en suites de couches de leur femme, tandis que 44,07% (n=26) ne l'étaient pas.

Les pères fumeurs avaient une consommation moyenne de **10,06 cigarettes par jour**. La médiane étant à 10, le minimum de 1 et le maximum de 30 cigarettes par jour. L'écart type est de 6,83.

4. Facteurs de poursuite du tabagisme de la femme enceinte :

4.1. Facteurs étudiés :

Pour chaque facteur, on se basera sur le risque de fumer en fin de grossesse :

Tableau III : Facteurs de poursuites du tabagisme étudié.

*Test de FISHER

**Test de STUDENT

		Tabac en fin de G		OR	p-value	IC
		Non	Oui			
Statut marital *	Mariée	9	8	0,86	1	0,86
	Pas mariée	27	28			
Couverture sociale *	CMU/CMUc	2	9	5,54	0,0457	1,02513 - 56,85867
	Pas CMU/CMUc	34	27			
Activité *	Active	30	19	4,93	0,0082	1,426954 - 20.170983
	Inactive	5	16			
Niveau études *	≥ brevet	36	29	infini	0,0113	1,320075 – infini
	< brevet	0	6			

		Tabac en fin de G		OR	p-value	IC
		Non	Oui			
Parité *	Primipare	25	25	1	1	
	Multipare	11	11			
Tabagisme passif *	Oui	27	30	1,65	0,5628	
	Non	9	6			
Conjoint fumeur *	Oui	19	21	1,25	0,8128	
	Non	17	15			
Allaitement envisagé *	AA	13	14	0,98	1	
	AM	20	22			
Caractère de la G *	G attendue	29	30	0,83	1	
	G inopinée	7	6			
ATCD tentatives de sevrage *	Réussies	27	21	2,12	0,2109	
	Ratées	9	15			
Type de motivation lors du sevrage pdt G *	Santé du bébé	23	19	2,44	0,2319	
	Autre	12	14			

	Tabac en fin de G		OR	p-value	IC
	Non	Oui			
Age moyen **	31,30 ans	27,53 ans		0,07003	
Age moyen début tabagisme **	15,30 ans	14,89 ans		0,6209	
Consommation moyenne avant G **	10,56 cig/j	8,10 cig/j		0,3405	
Dépendance moyenne avant G **	3,17/10	2,30/10		0,2126	
Motivation moyenne pour le sevrage **	6,82/10	7,44/10		0,4815	

Donc, les femmes enceintes qui sont significativement à risque de fumer pendant la grossesse sont :

- **Les femmes qui ne possèdent que la CMU ou la CMU complémentaire.**
- **Les femmes inactives.**

4.2. Autres facteurs exprimés par les patientes :

Sur les 36 fumeuses en fin de grossesse, les facteurs qui les ont le plus poussées à fumer pendant la grossesse sont :

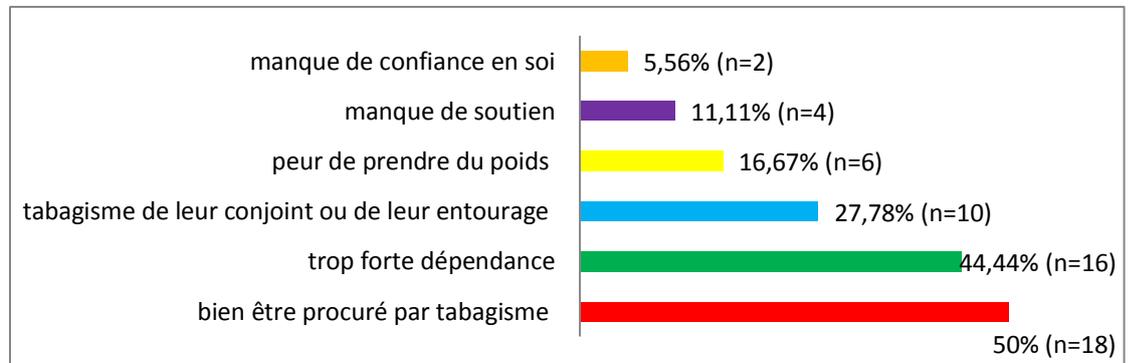


Figure 7 : facteurs de poursuite selon les patientes.

De façon spontanée, 5 patientes nous ont donné d'autres facteurs :

- 3 d'entre elles se sentaient **trop stressées** et ressentaient le besoin de fumer
- 2 d'entre elles n'ont pas arrêté de fumer car elles ont subi **trop d'autres privations lors de la grossesse.**

5. Représentations du tabagisme :

5.1. Volet 1 : représentation des femmes :

5.1.1. Acceptabilité du tabagisme :

Parmi les 72 femmes qui ont répondu au questionnaire :

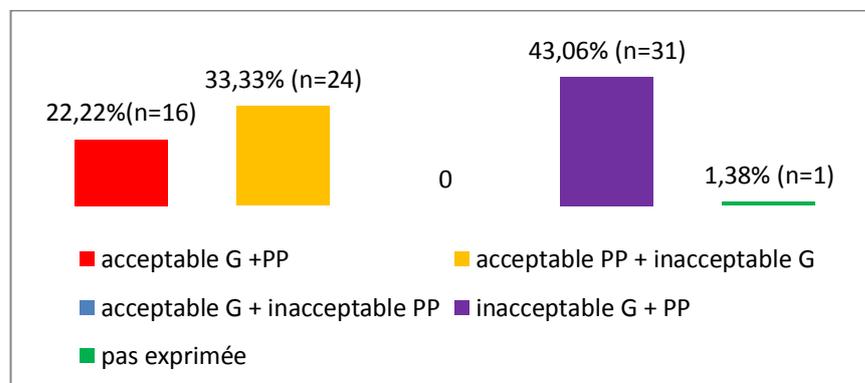


Figure 8: Acceptabilité du tabagisme par les femmes.

5.1.2. Comportement le plus bénéfique pendant la grossesse :

Chez ces mêmes femmes, **76,39%** (n=55) pensaient qu'il est plus bénéfique d'arrêter complètement de fumer pendant la grossesse tandis que **23,61%** (n=17) pensaient qu'il est plus bénéfique de réduire la consommation de tabac plutôt que d'arrêter totalement.

Parmi celles qui pensaient qu'il était plus bénéfique d'arrêter complètement de fumer pendant la grossesse, les raisons évoquées étaient :

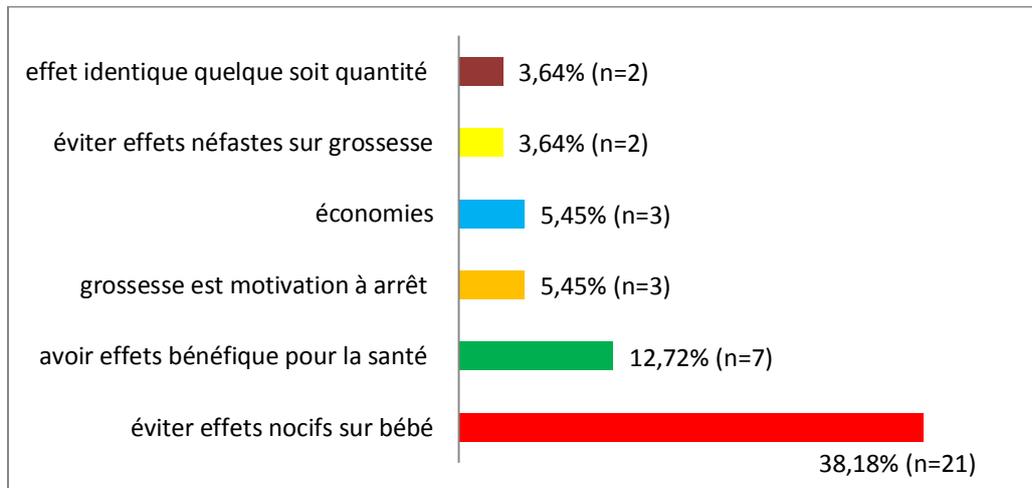


Figure 9 : Raisons évoquées par les femmes pour arrêt total du tabagisme pendant la grossesse.

Parmi celles qui pensaient qu'il était mieux de réduire seulement la consommation de tabac, les raison évoquées étaient :

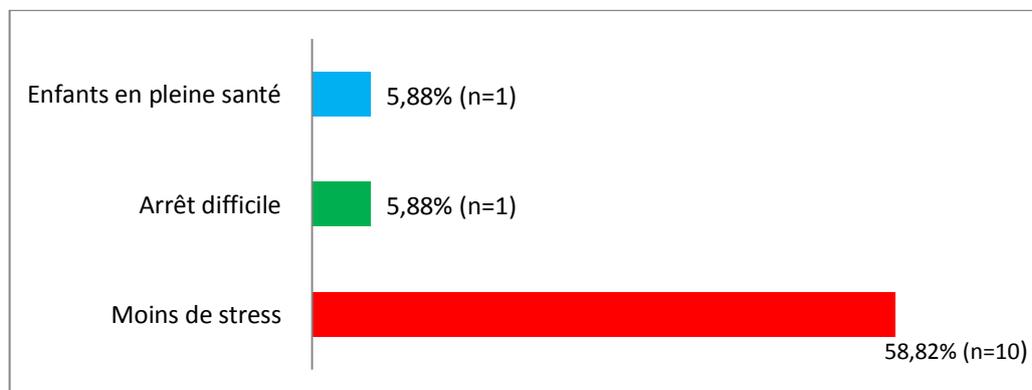


Figure 10 : Raisons évoquées pour la réduction simple du tabagisme pendant la grossesse.

5.1.3. Impact du tabagisme maternel :

Parmi les 72 répondantes, **94,44%** (n=68) ont répondu que le tabagisme maternel peut avoir un impact pendant la grossesse et les suites de couches tandis que **5,56 %** (n=4) ont répondu le contraire.

Au sein des 68 femmes à estimer que le tabagisme maternel peut avoir un impact pendant la grossesse et les suites de couches :

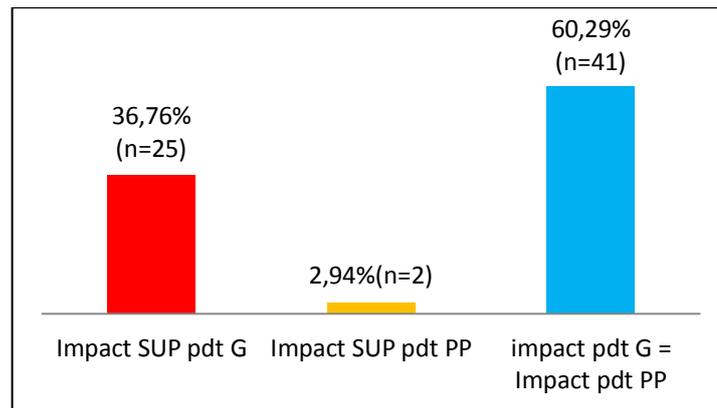


Figure 11 : Impact du tabagisme maternel selon les femmes.

5.1.4. Impacts du conjoint fumeur :

Parmi les 72 répondantes, **84,72%** (n=61) ont répondu que le conjoint fumeur peut avoir une influence sur la réussite du sevrage de la femme enceinte tandis que **15,28%** (n=11) ont répondu le contraire.

Au sein des 61 femmes précédentes :

- **29,51 %** (n=18) pensaient que le conjoint fumeur peut aider la femme enceinte à se sevrer en ne fumant pas devant elle
- **34,43%** (n=21) estimaient que fumer à l'extérieur peut aider la femme enceinte à se sevrer
- **77,05%** (n=47) pensaient que l'arrêt du conjoint fumeur peut faciliter le sevrage de la femme enceinte

De plus hormis l'impact du conjoint fumeur sur le sevrage de sa partenaire enceinte, les femmes étaient **73,61%** (n=53) à répondre que le conjoint fumeur peut avoir un

impact pendant la grossesse et les suites de couches tandis que **26,39% (n=19)** ont répondu le contraire.

Au sein des 53 femmes à estimer que le tabagisme paternel peut avoir un impact pendant la grossesse et les suites de couches :

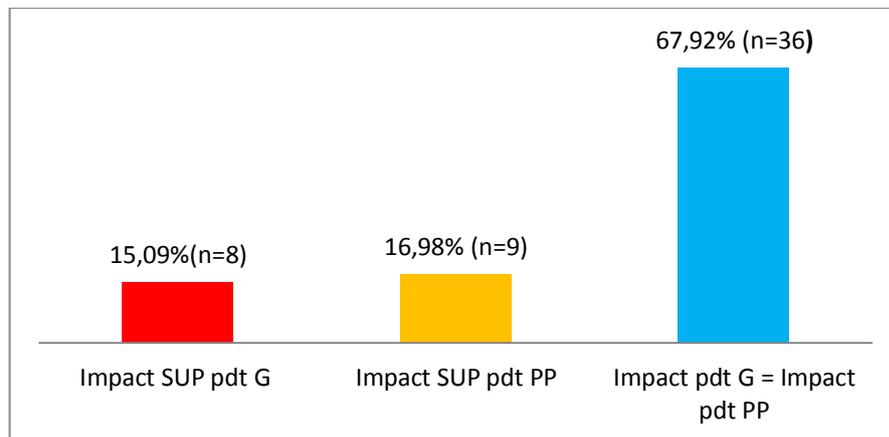


Figure 12 : Impact du tabagisme paternel selon les femmes.

De plus, parmi les 72 femmes répondantes, **80,56% (n=58)** ont estimé que le conjoint fumeur peut avoir un impact sur la rechute de la femme dans le post-partum alors que **16,67% (n=12)** ont pensé le contraire. Et, **2,77% (n=2)** ne se sont pas exprimées sur le sujet.

5.1.5. Effets du tabagisme :

Toutes les femmes ne se sont pas exprimées sur les effets potentiels du tabac. On peut distinguer des effets pendant la grossesse et pendant les suites de couches.

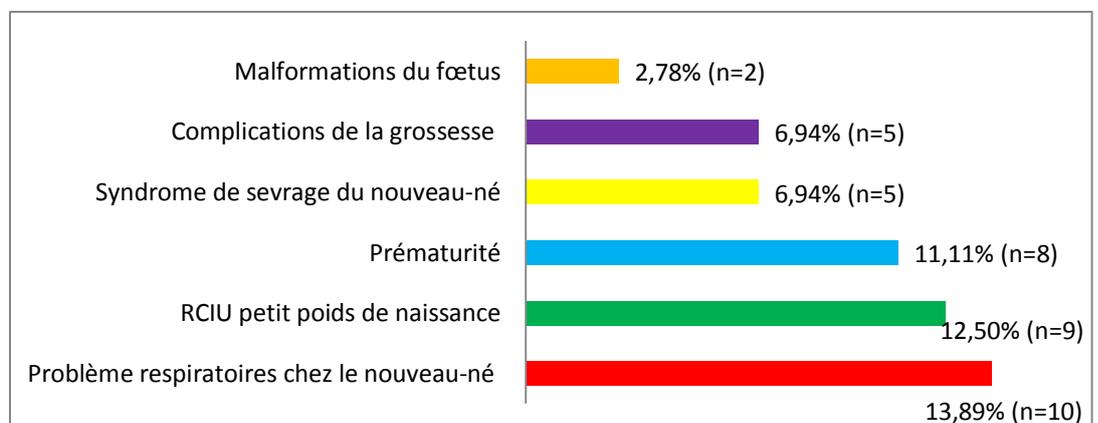


Figure 13 : Effets pendant la grossesse exprimés par les patientes.

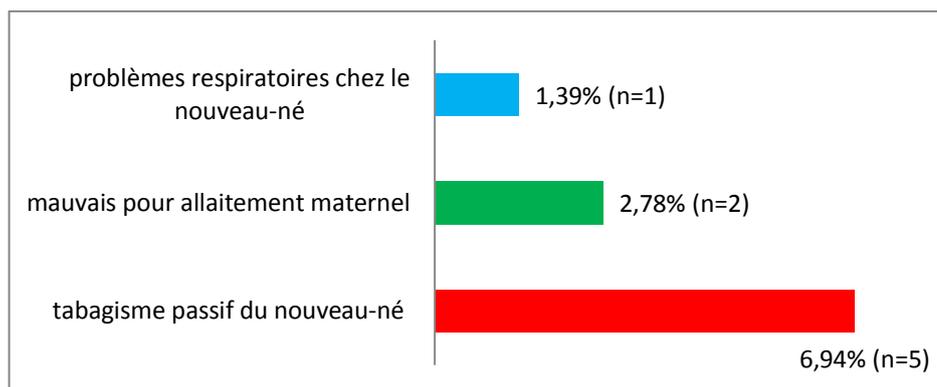


Figure 14 : Effets pendant les suites de couches exprimés par les patientes.

Parmi les 72 patientes :

- **59,72 %** (n=43) ont reçu des informations concernant les effets du tabagisme pendant la grossesse tandis que **40,28%** (n=29) n'en ont pas reçu. Parmi celles qui n'en ont pas reçu, **37,93%** (n=11) auraient souhaité en recevoir, **55,17%** (n=16) ne souhaitaient pas en recevoir et **6,90%** (n=2) ne se sont pas exprimées sur ce souhait.
- **13,89%** (n=10) ont reçu des informations concernant les effets du tabagisme pendant les suites de couches tandis que **86,11%** (n=62) n'en ont pas reçu. Parmi celles qui n'en ont pas reçu, **62,90%** (n=39) auraient souhaité en recevoir, **35,48%** (n=22) ne souhaitaient pas en recevoir et **1,61%** (n=1) ne s'est pas exprimée sur ce souhait.

5.2. Volet 2 : représentations des conjoints :

5.2.1. Acceptabilité du tabagisme :

Parmi les 59 conjoints qui ont répondu au questionnaire :

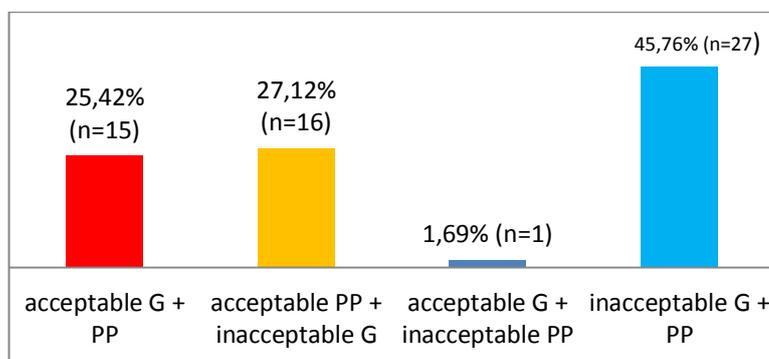


Figure 15 : Acceptabilité du tabagisme par les conjoints.

5.2.2. Comportement le plus bénéfique pendant la grossesse :

Chez ces mêmes conjoints, **81,36%** (n=48) ont pensé qu'il est plus bénéfique d'arrêter complètement de fumer pendant la grossesse tandis que **18,64%** (n=11) ont pensé qu'il est plus bénéfique de réduire la consommation de tabac plutôt que d'arrêter totalement.

Parmi ceux qui pensaient qu'il était plus bénéfique d'arrêter complètement de fumer pendant la grossesse, les raisons évoquées étaient :

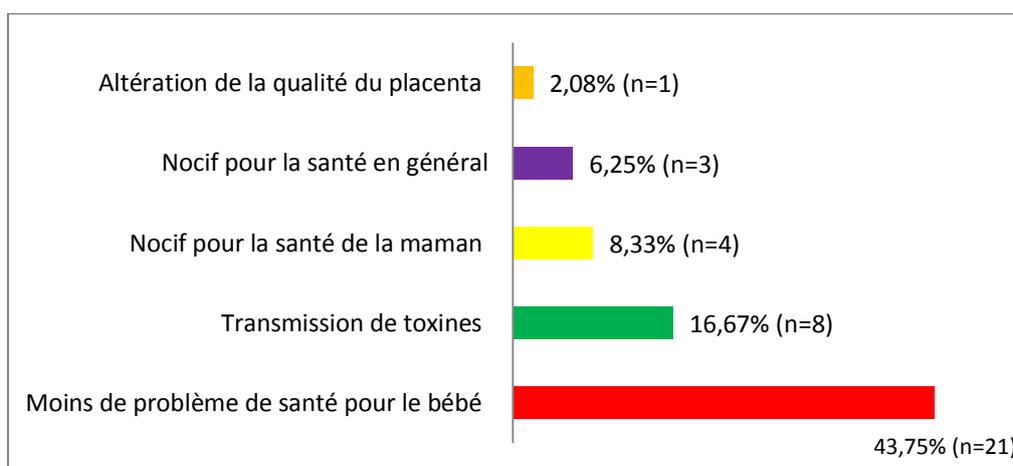


Figure 16 : Raisons évoquées par les conjoints pour arrêt total du tabagisme pendant la grossesse.

Parmi ceux qui pensaient qu'il était plus bénéfique de réduire seulement la consommation de tabac, les raisons évoquées étaient :

- Qu'il y avait moins de stress chez la femme enceinte lors d'une réduction (**45,45%** ; n= 5)
- Qu'un arrêt brutal pourrait entraîner un mal être de l'enfant (**36,36%** ; n=4).

5.2.3. Représentations du tabagisme de la femme au cours de la grossesse par leur conjoint :

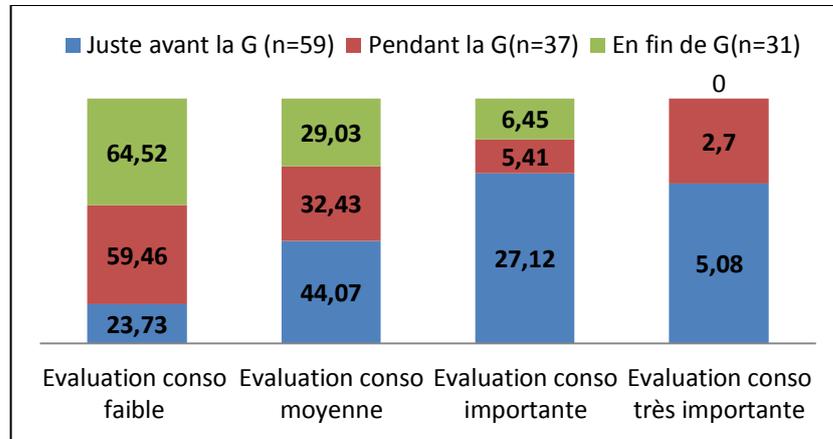


Figure 17: Représentation du tabagisme des femmes par leur conjoint au cours de la grossesse.

5.2.4. Impact du tabagisme maternel :

Parmi les 59 répondants, **89,83%** (n=53) ont répondu que le tabagisme maternel peut avoir un impact pendant la grossesse et les suites de couches tandis que **6,77%** (n=4) ont répondu le contraire, et **3,39%** (n=2) ne se sont pas prononcés.

Au sein des 53 conjoints à estimer que le tabagisme maternel peut avoir un impact pendant la grossesse et les suites de couches :

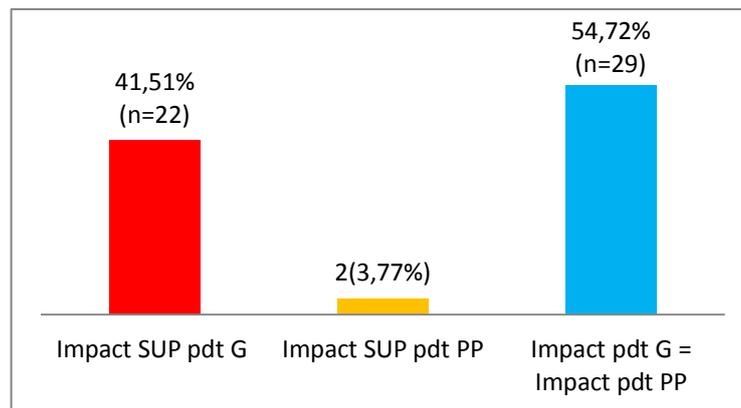


Figure 18: Impact du tabagisme maternel selon les conjoints.

5.2.5. Impact du conjoint fumeur :

Parmi les 59 répondants, **93,22%** (n=55) ont répondu que le conjoint fumeur peut avoir une influence sur la réussite du sevrage de la femme enceinte tandis que **6,78%** (n=4) ont répondu le contraire.

Au sein des 55 conjoints précédents :

- **41,82%** (n=23) ont pensé que le conjoint fumeur peut aider la femme enceinte à se sevrer en ne fumant pas devant elle
- **40,00%** (n=22) ont estimé que fumer à l'extérieur peut aider la femme enceinte à se sevrer
- **94,54%** (n=52) ont pensé que l'arrêt du conjoint fumeur permettrait de faciliter le sevrage de la femme enceinte
- **3,64%** (n=2) ont rajouté spontanément que l'impact positif que pourrait avoir le conjoint sur le sevrage de la femme enceinte serait de lui faire prendre conscience des risques qu'elle fait courir à son enfant.

De plus hormis l'impact du conjoint fumeur sur le sevrage de sa partenaire enceinte, les conjoints étaient **67,80%** (n=40) à estimer que ce tabagisme passif peut avoir un impact pendant la grossesse et lors des suites de couches. Toutefois, **30,51%** (n=18) d'entre eux ont pensé le contraire. **1,69%** (n=1) ne s'est pas exprimé sur le sujet.

Parmi les 40 conjoints à estimer que le tabagisme paternel peut avoir un impact pendant la grossesse et les suites de couches :

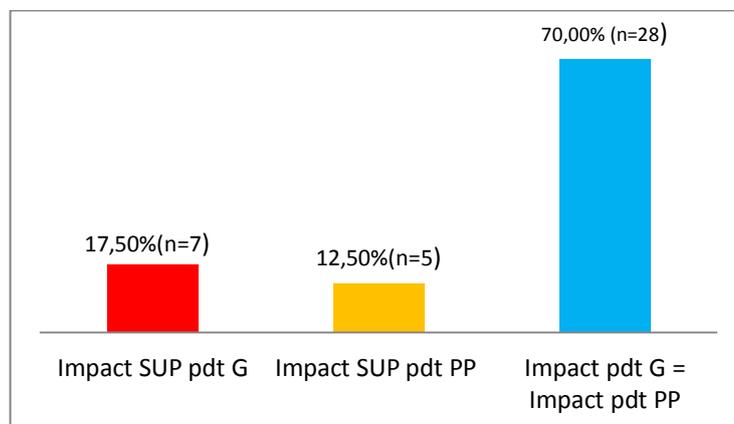


Figure 19 : Impact du tabagisme paternel selon les conjoints.

5.2.6. Effets du tabagisme :

Tous les conjoints ne se sont pas exprimés sur les effets potentiels du tabac. Néanmoins parmi ceux qui se sont exprimés, les effets du tabagisme pendant la grossesse et les suites de couches qui ont été énoncés sont :

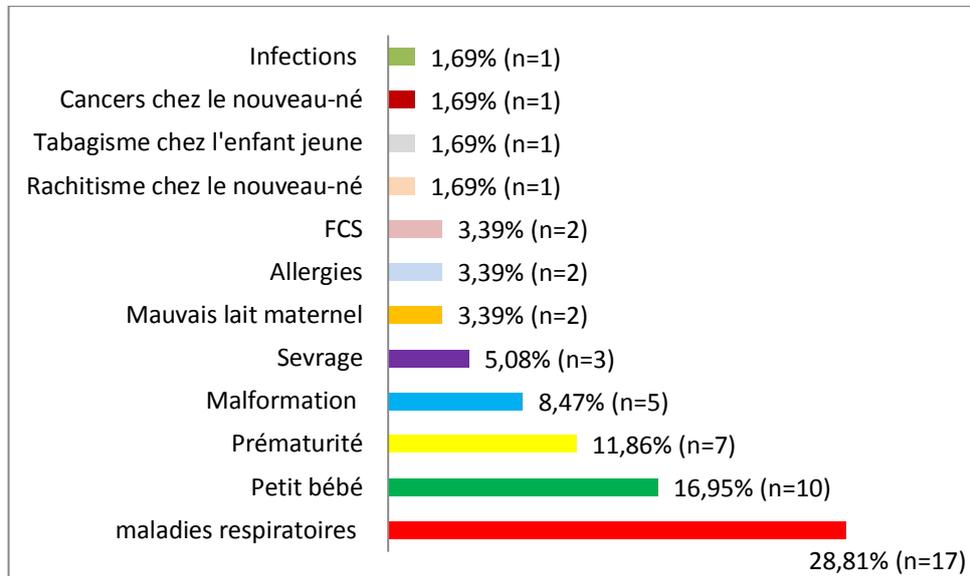


Figure 20 : Effets du tabagisme pendant la grossesse et les suites de couches selon les conjoints.

DISCUSSION

&

PROJET D'ACTION

1. Critique de l'étude :

1.1. Points forts :

D'une part, nous pouvons souligner les points forts de notre étude. Ils sont les suivants :

- Les taux de réponses aux questionnaires se sont révélés élevés compte tenu de la sollicitation des deux membres du couple.
- Tous les questionnaires recueillis ont été exploitables.
- Grâce à l'anonymat, les personnes interrogées avaient la possibilité de s'exprimer librement sur ce thème encore difficile à aborder.

Cependant, à l'inverse, nous notons que l'étude possède plusieurs points faibles.

1.2. Points faibles / limites :

1.2.1. Biais de recrutement :

Certains dossiers informatisés n'étaient pas correctement remplis au niveau de l'item «dépendance tabagique». Plusieurs personnes auraient donc pu être recrutées si les données avaient été correctement renseignées. Ainsi, les taux de participation à l'étude auraient pu être plus élevés et les résultats plus pertinents.

1.2.2. Biais de sélection :

Nous avons réalisé notre étude uniquement sur la population accouchant au CHU Estaing de Clermont-Ferrand. Elargir notre étude à d'autres centres hospitaliers du réseau de santé périnatale d'Auvergne (RSPA) aurait augmenté la puissance de l'étude et permis d'obtenir d'avantage de résultats significatifs.

De plus, les personnes ne maîtrisant pas la langue française écrite ont été exclues de l'étude. Toutefois, celles-ci auraient pu avoir une importance étant donné leur niveau socio-économique souvent plus défavorisé. Or, on a constaté que ce dernier a souvent un impact sur leur comportement tabagique pendant la grossesse et leur représentation du tabagisme.

1.2.3. Biais de mémorisation :

Dans les différents questionnaires, nous avons axé des questions sur des événements passés. Il est alors possible que certaines personnes ne se soient pas souvenues des faits exacts.

1.2.4. Autres points faibles :

Les questionnaires sont distribués aux membres du couple en même temps et au même endroit. Parfois, le conjoint n'était pas physiquement présent lors de la distribution. Il faut donc être prudent quant aux interprétations des représentations du tabagisme des membres du couple, car ils ont peut-être répondu en même temps et côte à côte à leurs questionnaires respectifs. De plus, rien n'exclut le fait que ce soit la femme hospitalisée qui ait répondu au questionnaire de son conjoint à sa place...

Nous avons été confrontés à un couple homosexuel. S'ils avaient été plus nombreux, il aurait été judicieux de les distinguer. En effet, une femme conjointe pourrait ne pas avoir la même influence qu'un homme conjoint sur le comportement tabagique de la femme enceinte. Ceci, notamment à cause de la probable différence de ses représentations du tabagisme liée à sa féminité.

Conscients des points faibles et forts de notre étude, nous allons désormais discuter des résultats constatés.

2. Discussion des résultats :

2.1. Discussion sur les caractéristiques socio-économiques des femmes :

Notre population s'est révélée majoritairement composée de femmes primipares possédant un âge moyen de 28,45 ans. De nos jours, l'accès à la maternité a lieu de plus en plus tardivement (28,1 ans actuellement) pour différentes raisons. De ce fait, l'âge moyen de notre population est cohérent.

De plus, une femme qui n'a jamais été enceinte a sans doute plus de mal à mesurer les risques que le tabagisme peut faire courir à la femme et à son fœtus lors de la grossesse mais aussi ceux qu'il peut y avoir pour elle et son nouveau-né dans les suites de couches.

Les patientes interrogées ont le plus souvent un niveau d'étude inférieur au baccalauréat. Les femmes ayant une instruction supérieure au baccalauréat (44,44%) se révèlent moins nombreuses que dans l'enquête périnatale de 2010 (51,90%) [41]. On peut donc en conclure que les patientes qui fument avant la grossesse se caractérisent par un niveau d'études plus faible qu'au niveau national. Celui-ci va de pair avec une qualification professionnelle modeste de ces dernières. Ces deux résultats pourraient expliquer les connaissances superficielles qu'ont les femmes sur les effets du tabagisme pendant la grossesse et les suites de couches.

Outre la méconnaissance des effets du tabagisme, le défaut d'instruction des patientes peut engendrer une ignorance des méthodes de sevrage tabagique existant pendant la grossesse. Ces femmes pourraient alors présenter des difficultés d'accès à celles-ci si on ne leur en offre pas la possibilité lors de leur suivi. De plus, leur perception concernant le fonctionnement du système de santé et des droits qu'elles peuvent avoir concernant le sevrage tabagique pendant la grossesse peut être altérée.

D'autre part, les femmes de notre étude se sentent majoritairement soutenues par leur entourage (98,6%). Elles possèdent un soutien semblable à la population nationale. Par conséquent, on ne peut pas conclure que leur tabagisme est lié à un isolement social.

Les discussions précédentes nous amènent à présent à nous questionner sur les différentes histoires tabagiques des femmes.

2.2. Discussion sur l'histoire tabagique des femmes :

Puisque nous avons constaté que l'initiation du comportement tabagique a lieu en moyenne à 15,26 ans et qu'il devient régulier en moyenne à 17,01 ans, on peut conclure que la population étudiée possède une imprégnation conséquente au tabagisme avant sa première grossesse (en moyenne à 28,1 ans). Ceci n'est certainement pas sans conséquences sur son état de santé, sur son degré de dépendance et sur ses difficultés de prise en charge lors d'un éventuel sevrage.

Néanmoins, dans notre étude, le test de Fagerström a révélé un degré de dépendance faible avant la grossesse. Mais, ce test ne permet d'évaluer que la dépendance physique au tabac et ne prend pas en compte les deux autres dépendances qui semblent dans ce

cas prépondérantes compte tenu de la proportion de femmes fumeuses en fin de grossesse (50,00%). Qu'en est-il donc de la fiabilité de ce test dans l'évaluation de la dépendance de la femme enceinte?

De plus, les femmes interrogées sont 77,8% à avoir déjà tenté une démarche de sevrage. On note que la grossesse est un facteur majeur de tentative de sevrage chez celles-ci. Pourtant, elle ne semble pas être une motivation assez importante pour un sevrage définitif car elles ont rechuté. Malgré tout, plusieurs femmes ont mentionné avoir réussi à arrêter de fumer « sans raison particulière ». Leur rechute pourrait s'expliquer par l'absence de motivation réelle et donc d'un défaut dans la prise en charge de leur sevrage.

Les conjoints sont dans 69,49% des cas eux aussi fumeurs. Les femmes fumeuses sont donc le plus souvent surexposées au tabagisme.

Mais, le tabagisme passif concerne 79,17% des femmes interrogées. Donc, il n'est pas toujours imposé par les conjoints. En effet, il existe 31,58% des cas dans lesquels le tabagisme passif a lieu par l'intermédiaire d'une tierce personne. La multiplicité des sources de tabagisme passif a pu engendrer plus de difficultés dans la prise en charge d'un sevrage tabagique.

L'histoire tabagique des femmes n'est souvent pas sans conséquences sur le comportement tabagique de celles-ci.

2.3. Discussion sur les comportements tabagiques :

2.3.1. Pendant la grossesse :

D'après l'enquête périnatale de 2010, parmi les femmes qui commencent leur grossesse en tant que fumeuses, 81,2% stoppent leur consommation pendant le premier trimestre [41]. Notre étude révèle 44,44% de femmes qui arrêtent spontanément de fumer lors de la découverte de leur grossesse. Néanmoins, cette découverte a lieu plus ou moins tôt, donc l'impact sur la motivation au sevrage tabagique peut être plus ou moins important en fonction du cas. De plus, les différentes motivations mentionnées sont diverses mais la santé future de l'enfant et le bon déroulement de la grossesse sont majoritaires.

Environ 19% des femmes qui ont arrêté spontanément de fumer suite à l'annonce de la grossesse ont rechuté par la suite. Cela traduit la difficulté qu'ont certaines femmes à rester sevrées malgré leurs motivations respectives. Certaines peuvent être peu importantes ou peu fondées. Au-delà d'un défaut de motivation, il peut y avoir un défaut de maturation. Chaque patiente n'est pas toujours au même stade (*cf. Annexe n°2*).

Lors du déroulement de la grossesse, 67,39% des femmes ont essayé de se sevrer. Ces démarches de sevrage peuvent être le fruit de l'incitation par le personnel soignant, de leur propre prise de conscience du tabagisme pendant cette période mais aussi de la pression sociale que subissent généralement les femmes enceintes fumeuses.

La motivation moyenne pour le sevrage de celles-ci s'est révélée importante (6,93/10). Néanmoins, 70,97% d'entre elles fumaient en fin de grossesse. Cela peut s'expliquer par un défaut d'accompagnement de ces femmes, car 58,06% d'entre elles se sont retrouvées seules face à leur démarche de sevrage.

En ce qui concerne les conjoints, la grossesse a été dans la majorité des cas un élément déclencheur d'une modification de leur consommation. La plupart d'entre eux ont diminué ou arrêté de fumer pendant la grossesse de leur partenaire. La grossesse constitue donc une motivation au sevrage tabagique à la fois pour les femmes mais aussi pour leurs conjoints. Il serait alors intéressant de prendre en charge le sevrage tabagique du couple fumeur dans sa globalité. Cela permettrait à ses membres de se soutenir mutuellement et d'éviter les rechutes nombreuses liées au tabagisme passif. De plus, il pourrait être judicieux de soutenir les conjoints fumeurs de femmes non fumeuses, car ceux-ci ont peut-être une motivation similaire. Cela pourrait prévenir de nombreuses complications dues au tabagisme passif pendant la grossesse et les suites de couches.

2.3.2. Pendant les suites de couches :

Une majorité des patientes sevrées pendant la grossesse rechutera pendant les suites de couches à plus ou moins long terme. En effet, environ 70% d'entre elles seront de nouveau fumeuses dans les deux années à venir [50].

Dans notre étude, il y a globalement plus de femmes sevrées dans la période des suites de couches que pendant la grossesse. La conséquence de l'impact de la naissance récente de l'enfant et de l'initiation d'un allaitement maternel peut expliquer cette initiative. Celui-ci pourrait entraîner certaines femmes non sevrées à le faire uniquement pendant la période des suites de couches. Dans notre étude, 11,90% des femmes qui nourrissent leur nouveau-né au sein sont des femmes qui se sont sevrées dès l'accouchement.

Dans notre étude, 63,41% des femmes sevrées estiment qu'elles ne changeront pas de comportement lors des suites de couches. Pourtant, une part importante rechutera à plus ou moins long terme. Les motifs de leurs rechutes pourront être divers et variés. L'arrêt de l'allaitement maternel est souvent un facteur de risque de rechute. Il est donc important de le promouvoir dans la prise en charge du sevrage tabagique. Aussi, l'assimilation du tabac à un moment de plaisir, la crainte de la tentation par le conjoint fumeur et le manque sont les principaux facteurs qui pourraient faire rechuter les patientes incertaines sur leurs capacités à maintenir leur arrêt. Il paraîtrait alors important d'encadrer les femmes dans la période des suites de couches pour leur permettre de poursuivre leur sevrage à long terme.

En ce qui concerne les conjoints, on note que les non-fumeurs sont plus nombreux en suites de couches qu'en début de grossesse. La grossesse et l'accouchement sont donc des facteurs motivant pour le sevrage tabagique des conjoints. Il serait aussi important de les encadrer dans la période des suites de couches pour leur permettre de poursuivre leur sevrage à long terme.

De plus, ceux qui fument encore possèdent une consommation moyenne moins importante qu'en début de grossesse. Ceci permet de réduire les risques induits par le tabagisme passif lors de cette période. L'appui de la naissance de leur enfant pourrait être un moyen d'entamer une réelle démarche de sevrage chez certains conjoints.

2.4. Discussion sur les déterminants de poursuite du tabagisme pendant la grossesse :

Plusieurs facteurs soupçonnés d'être en faveur d'un tabagisme pendant la grossesse ont été testés dans notre étude. Seulement certains se sont révélés être des facteurs de

risque significatifs tandis que d'autres non. Les tests de ces derniers, bien que non significatifs, montrent toutefois certaines tendances qu'il serait judicieux d'étudier sur une population plus importante.

Parmi les caractéristiques socio-économiques que nous avons étudiées, l'inactivité professionnelle et la couverture sociale par la CMU ou la CMU complémentaire sont des facteurs majeurs à considérer lors de la prise en charge de la patiente. On pouvait s'attendre à ces résultats, puisque les femmes en situation précaire sont en général plus fragiles psychologiquement. Cette fragilité peut les entraîner à poursuivre leur consommation de tabac pendant la grossesse [52, 53].

L'inactivité de ces femmes peut parfois être la conséquence d'un manque de perspective professionnelle. Un niveau d'étude faible est souvent un facteur de risque de poursuite du tabagisme. Dans notre étude, nous n'avons pas pu établir cela de façon significative. Mais, il apparaîtrait que les femmes ayant un niveau scolaire inférieur ou égal au brevet seraient plus à risque de poursuivre leur tabagisme pendant la grossesse.

Néanmoins, d'autres facteurs socio-économiques se sont révélés non significatifs. Ceux qui paraissent les moins importants sont le statut marital et la parité des femmes.

D'après les tendances, une femme fumeuse non mariée aurait moins de risque de fumer en fin de grossesse. Le mariage est avant tout une organisation conjugale qui ne confère en aucun cas des devoirs en matière de tabagisme.

De plus, notre étude ne permet pas de conclure quant à une dépendance entre la multiparité et le comportement tabagique en cours de grossesse. Malgré tout, une femme enceinte ayant déjà des enfants en bonne santé, alors qu'elle a fumé lors de ses précédentes grossesses, a sans doute moins de motivation à entreprendre un sevrage et demeure sûrement moins réceptive aux messages de prévention qui lui sont délivrés lors de son suivi.

Enfin, les femmes qui fument en fin de grossesse seraient plus jeunes que celles qui ne fument plus. Cela pourrait s'expliquer par la plus grande immaturité des femmes jeunes. Cette dernière serait la cause de l'excès d'insouciance de ces femmes lors de leur grossesse. C'est pourquoi, elles pourraient avoir une moindre perméabilité aux informations et aux conseils qu'on peut leur fournir.

Ensuite, nous avons testé plusieurs facteurs issus de l'histoire tabagique de ces femmes. Tous se sont révélés non significatifs mais possèdent néanmoins une tendance à favoriser le tabagisme gravidique.

Parmi eux il y a, la précocité de l'initiation tabagique, les intensités de la consommation et de la dépendance au tabac en début de grossesse, l'existence d'échecs lors de tentatives de sevrages. Ces différents facteurs pourraient être intriqués les uns aux autres. En effet, plus les femmes auraient commencé de fumer jeunes plus leur imprégnation tabagique favoriserait leur forte consommation et leur forte dépendance. Ceux-ci seraient des sources d'échec à d'éventuelles démarches de sevrage. Il serait donc intéressant de régler le problème initial : la précocité du tabagisme.

L'impact de l'existence d'un tabagisme passif a lui aussi été évalué. Même si la significativité de celui-ci sur la poursuite du tabagisme gravidique actif n'a pas été démontrée par notre étude, 27,78% des femmes fumeuses en fin de grossesse estiment que c'est le facteur qui les a le plus poussées à poursuivre leur consommation.

Puis, nous avons testé la motivation au sevrage des patientes qui ont fait la démarche d'arrêter de fumer. La motivation au sevrage possède deux composantes : une composante quantitative (degré de motivation) et une composante qualitative (motif de motivation). D'après la littérature, les femmes qui ont un degré de motivation faible et une motivation seulement extrinsèque (centré sur la santé du futur enfant) sont plus à risque de poursuivre leur tabagisme pendant la grossesse. Notre étude n'a pas permis de rendre significatif ces hypothèses. Malgré tout, on peut aisément percevoir l'impact de ces deux facteurs.

En effet, une femme qui posséderait une faible motivation pour le sevrage aurait d'avantage tendance à tenter de se sevrer de façon isolée. Cet isolement n'est pas propice à un renforcement de la motivation en cours de grossesse. L'EM constitue une solution importante pour renforcer celle-ci. Néanmoins, aucune des femmes que nous avons interrogées n'a eu recours à cette méthode lors de sa démarche de sevrage.

Ensuite, la dominance d'une motivation extrinsèque pour le sevrage tabagique peut être anéantie au fil de la grossesse. En effet, si aucune anomalie gestationnelle ne

survient, la patiente sevrée sera tentée de reprendre sa consommation d'autant plus s'il persiste des tentations environnementales.

Nous avons aussi cherché à savoir s'il existait un lien de dépendance entre le caractère inopiné de la grossesse et la poursuite du tabagisme. Notre étude révèle que la découverte inopinée d'une grossesse pourrait être un facteur protecteur contre la poursuite du tabagisme pendant la grossesse. En effet, une grossesse inopinée pourrait être vécue comme un « déclic » concernant le comportement tabagique.

2.5. Discussion sur les représentations du tabagisme par le couple :

Notre étude suggère que de nombreuses personnes (à la fois les femmes et leurs conjoints) estiment que le tabagisme est acceptable pendant la grossesse et surtout pendant le post-partum. Toutefois, une majorité considère que les tabagismes actifs et passifs peuvent avoir un impact équivalent lors de la grossesse et lors des suites de couches. De ce fait, on peut se demander quelles sont les limites de l'acceptabilité du tabagisme lors de ces périodes pour ces personnes.

De plus, même si la plupart des répondants ont estimé que le sevrage pendant la grossesse était meilleur qu'une simple diminution de la consommation, une proportion non négligeable pense le contraire. Le motif énoncé pour la poursuite du tabagisme pendant la grossesse est le stress qu'occasionnerait un sevrage. On peut alors se questionner sur les fondements de cette représentation. Une étude du stress engendré par le sevrage tabagique de la femme enceinte pourrait permettre de clarifier cet aspect.

Même si l'existence de conséquences du tabagisme maternel est admise par la majorité des couples, les conjoints sont plus nombreux que les femmes à penser que leur tabagisme peut avoir un impact pendant la grossesse et les suites de couches. Selon eux, la tendance à mettre leur partenaire en difficulté lors d'un sevrage est prépondérante par rapport à la tendance à entraîner des effets sur le déroulement de la grossesse et des suites de couches. Selon une large majorité des conjoints, leur propre sevrage ou des changements dans leurs comportements quotidiens pourraient favoriser le sevrage de leur partenaire. Ce point de vue est aussi partagé par une majorité de femmes. Cela permet de renforcer le projet éventuel d'une prise en charge conjointe du sevrage tabagique chez le couple fumeur.

De plus, parmi les femmes interrogées, une large majorité estime que leur conjoint pourrait favoriser leur rechute dans le post-partum. Nous avons omis de poser cette question aux conjoints pour connaître leur point de vue sur le sujet.

Malgré tout, au fur et à mesure du déroulement de la grossesse les conjoints ont une évaluation différente de la consommation de tabac de leur partenaire. En effet, plus la grossesse avance et plus leur évaluation devient faible. La minimisation du ressenti de la consommation de leur partenaire pourrait entraîner un relâchement dans les efforts comportementaux réalisés par les conjoints surtout en fin de grossesse et lors du post-partum.

Enfin, grâce à nos résultats, on peut percevoir qu'il existe une mauvaise information des femmes et de leurs conjoints sur les risques liés au tabagisme lors de la grossesse et des suites de couches. En effet, un nombre important de personnes interrogées n'a pas répondu aux questions concernant ceux-ci. De plus, nombreuses sont les patientes qui n'ont pas reçu d'information sur ces effets lors de leur suivi. Les risques du tabagisme gravidique étaient plus souvent décrits aux patientes que les risques de celui-ci pendant les suites de couches. Les patientes non informées auraient aimé recevoir d'avantage d'information sur ces effets pendant les suites de couches. On peut aussi constater que les connaissances des effets sont superposables entre les femmes et les hommes. Celles-ci sont peu importantes et peu pessimistes... En effet, personne ne mentionne les risques de MFIU pendant la grossesse et de MSN pendant les suites de couches qui sont pourtant présents. Ceux-ci sont-ils connus des personnes interrogées et occultés inconsciemment, ou au contraire réellement méconnus ?

Suite à ces différentes remarques, quelques points de la prévention du tabagisme seraient à revoir pour diminuer le nombre de femmes fumeuses lors de leur grossesse et le nombre de rechutes lors des suites de couches.

3. Projet d'action :

Bien qu'il soit meilleur d'arrêter de fumer en préconceptionnel, un sevrage tabagique est toujours le bienvenu quel que soit le terme de la grossesse mais surtout avant le début du troisième trimestre pour garantir une croissance fœtale satisfaisante.

En tant que sages-femmes, nous pouvons agir à différents niveaux pour prévenir le tabagisme gravidique et garantir la pérennité du sevrage au-delà de la grossesse.

3.1. En amont de la grossesse :

L'initiation précoce du tabagisme restant prépondérante, une intervention sur le thème du tabagisme auprès des adolescents dans les collèges et les lycées serait une façon de sensibiliser les futurs parents aux risques de celui-ci lors de la grossesse et du post-partum. Cette information pourrait utiliser les supports pédagogiques fournis par l'INPES tels que les livrets, les vidéos, etc... Cette mission pourrait être dévouée aux sages-femmes de protection maternelle et infantile, aux sages-femmes de planification familiale mais aussi celles qui exercent en libéral. Avec le suivi gynécologique de prévention, ces sages-femmes sont celles qui ont le plus de chance de rencontrer des adolescentes lors de la prescription d'une contraception. C'est donc une opportunité pour informer des effets du tabagisme gravidique.

Le tabagisme passif est imposé à une majorité de la population malgré les dispositions d'interdiction de fumer dans les lieux collectifs. Une sensibilisation de la population générale sur les risques du tabagisme passif lors de la grossesse et des suites de couches serait importante à réaliser.

3.2. Lors de la grossesse :

Bien qu'il faille systématiquement réaliser un conseil minimal auprès des membres fumeurs d'un couple, une amélioration de la prise en charge du tabagisme pendant la grossesse pourrait avoir lieu.

Les conjoints fumeurs semblent conscients que leur tabagisme possède un impact lors de la grossesse. C'est pourquoi une prise en charge conjointe du sevrage tabagique des couples fumeurs pendant la grossesse serait à favoriser. Pour cela, la sage-femme tabacologue pourrait être un recours important. Le relai vers celle-ci doit donc être systématiquement proposé aux couples.

Le séjour de certaines femmes en secteur de grossesse à haut risque (GHR) peut être un moyen d'initier un sevrage chez les femmes qui n'y étaient pas arrivées jusque-là.

De même, une femme sevrée hospitalisée en GHR peut rechuter à cause du stress engendré par l'hospitalisation. Il est donc important que les sages-femmes de secteur GHR soient attentives au statut tabagique de leur patiente et à leur état psychologique.

Le manque de réponses sur les effets du tabagisme gravidique traduit un défaut dans l'information de ceux-ci lors de la grossesse. Les sages-femmes possèdent le monopole de la préparation à la naissance et à la parentalité. En ce sens, l'entretien prénatal précoce (EPP) est un outil majeur de prévention personnalisée. Il faut donc inciter les femmes à avoir recours à celui-ci. A défaut de réaliser un EPP, il faudrait favoriser l'information lors des séances de préparation à la naissance.

Enfin, le développement de l'utilisation de l'EM et des TCC pourrait être un moyen de renforcer la motivation des patientes et de leurs conjoints. Dans cette optique, la sage-femme n'est surement pas un recours suffisant. Les médecins addictologues et psychiatres pourraient aussi avoir un impact sur la motivation des patients.

3.3. Lors des suites de couches :

En plus du conseil minimal, il serait bienvenu d'informer des risques qu'engendre le tabagisme après la naissance pour éviter leur survenue. En effet, ils semblent peu connus des populations que nous avons interrogées. La sage-femme exerçant en secteur de suites de couches ainsi que le pédiatre possèdent un rôle important de prévention avant le retour à domicile du nouveau couple parental et de son nouveau-né. L'information de ces risques doit avoir lieu de manière systématique avant leur départ. En effet, celle-ci pourrait permettre d'éviter certaines rechutes et d'initier certains sevrages.

Prévoir un retour sur le comportement tabagique lors de la visite post-natale permettrait de réadapter si besoin le suivi de la patiente et éventuellement de son conjoint. La visite post-natale est souvent réalisée par une sage-femme, il est donc nécessaire que celle-ci fasse un point systématique sur le comportement tabagique de la patiente (ou du couple) pour permettre de favoriser ou pérenniser un sevrage.

L'utilisation de l'EM des TCC en suites de couches pourrait aussi prévenir un certain nombre de rechutes lors de cette période.

Afin de favoriser l'action des professionnels et la sensibilisation du couple au sevrage tabagique, nous avons développé plusieurs outils : une plaquette informative et des logigrammes (*Annexes 12 et 13*).

CONCLUSION

Cette étude a été intéressante à mener puisque la prévention du tabagisme gravidique et la prévention des rechutes après un sevrage lors des suites de couches représentent une des compétences de la sage-femme lors du suivi de ses patientes.

Au terme de cette recherche, nous pouvons seulement aboutir à la conclusion qu'il existe un lien entre la précarité et le tabagisme gravidique. De nombreuses études ont déjà permis de le mettre en évidence, notre étude conforte cette idée.

De plus, bien que le tabagisme passif n'ait pu être reconnu significativement comme un facteur de risque de tabagisme gravidique, plusieurs femmes reconnaissent qu'il représente une entrave certaine à leur sevrage pendant la grossesse et au maintien de ce dernier à long terme.

Enfin, nous avons pu constater qu'il existe une mauvaise information du couple sur les risques induits par le tabagisme pendant la grossesse et les suites de couches. Malgré tout, il semble que le couple ait pris conscience de l'importance d'un sevrage tabagique lors de la grossesse et en moindre proportion lors du post-partum.

La grossesse est une période propice à de nombreux changements comportementaux et le sevrage tabagique en fait partie. La prise de conscience de cet enjeu par le couple indique qu'il est temps d'agir afin d'en finir au plus tôt avec le tabagisme.

La grossesse reste un temps fort d'intervention de la sage-femme. Les différentes périodes doivent pouvoir être utilisées par cette dernière afin de limiter l'impact du tabagisme gravidique, du tabagisme passif lors de la grossesse mais aussi du tabagisme lors du post-partum.

Malgré tout, le sevrage tabagique est une démarche qui doit être suivie de façon pluridisciplinaire. En cas de besoin, la sage-femme ne doit pas hésiter à avoir recours à des professionnels spécialisés.

« Le plaisir de ne pas fumer est supérieur au plaisir de fumer. » Bernard Clavel

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Perriot J. Histoire de la lutte contre le tabagisme et création du dispositif de soins en tabacologie. In : Raynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion ; 2006. p. 401-6.

[2] Cigarette – Histoire du tabac [Consulté le 17/06/2013]. Disponible sur :

< <http://www.la-cigarette.com/histoire.html> >

[3] Dautzenberg B. Complications somatiques du tabagisme. In : Raynaud M. Traité d'addictologie. Paris : Flammarion ; 2006. p.428-433.

[4] Wirth N, Abou-Hamdan K, Spinosa A, Bohadana A, Martinet Y. Le tabagisme passif. Rev Pneumol Clin 2005 ; 61 : 7-15.

[5] Les différents types de tabacs. [Consulté le 16/10/2013]. Disponible sur :

< <http://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/tabac-alcool-drogues/tabac-differents-types/differents-tabacs> >

[6] Morel A, Coueron JP. Les conduites addictives. Paris : Dunod ; 2008. p. 34-5.

[7] Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Paris : Odile Jacob ; 2000. p. 21-30.

[8] Lagrue G. Traitement de la dépendance tabagique, EMC-Cardiologie Angéiologie 1, 2004 ; p443-455.

[9] La dépendance au tabac [Consulté le 28/05/2013]. Disponible sur :

< <http://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/La-dependance-au-tabac> >

[10] Perriot J, Llorca JM, Boussiron D, Schwan R. Tabacologie et sevrage tabagique. Paris : John Libbey Eurotext ; 2003. p.46.

[11] Dupont P. Principes de prise en charge du sujet tabagique : substitution, accompagnement psychologique et social, comorbidité. In : Raynaud M. Traité d'addictologie. Paris : flammarion ; 2006. p. 442-9.

[12] ANAES. Conférence de consensus : « grossesse et tabac », 7 et 8 octobre 2004, Grand Palais, Lille. [Consulté le 10/12/2012]. Disponible sur :

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf>

[13] Perriot J, Llorca JM, Boussiron D, Schwan R. Tabacologie et sevrage tabagique. Paris : John Libbey Eurotext ; 2003. p.11.

[14] Gourelain H, Galliot-Guilley M. Quels sont les marqueurs du tabagisme ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (HS n° 1) : 3S154-3S170.

[15] Bohadana A, Martinet Y, Spinosa A, Wirth N. Tabagisme et maladies respiratoires. EMC 2009. [Consulté le 16/10/2013]. Disponible sur :

< <http://fr.scribd.com/doc/181463272/Tabagisme-Et-Maladies-Respiratoires-Emc> >

[16] Guignard R, Beck F, Deutsch A. Tabac et cancer : pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques. In : INPES. Baromètre cancer 2010. p.101. [Consulté le 18/06/2013]. Disponible sur :

< <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/tabac-cancer.pdf> >

[17] Underner M, Hadjadj S, Beauchant M, Bridoux F, Debiais F, Meurice J-C. Effets du tabagisme sur la thyroïde, le tube digestif, le rein et l'os. Rev Mal Respir 2008 ; 25 : 1261-78.

[18] Berthiller J, Sasco AJ. Tabagisme (actif ou passif) en relation avec la fertilité, la procréation médicalement assistée et la grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (HS n° 1) : 3S47-3S54.

[19] Delcroix M, Gomez C. Tabac et grossesse. Journal de pédiatrie et de puériculture 2005 ; 18 : 75-9.

[20] Dekeyser-Boccaro J, Milliez J. Tabac et grossesse extra-utérine : y a-t-il un lien de causalité ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (HS n° 1) : 3S119-3S123.

[21] Marpeau L. Tabagisme et complications gravidiques. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (HS n° 1) : 3S130-3S134.

[22] Boog G. Placenta praevia. EMC obstétrique 2009.

[23] Heilbronner C. Quelles sont les conséquences à court, moyen et long terme du tabagisme pendant la grossesse ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (HS n° 1) : 3S390-3S446.

[24] Rogers JM. Tobacco and pregnancy. Reproductive Toxicology 2009 ; 28 : 152-160.

[25] Assari-Merabtene F, Cournot MP, Eléfant E, Vauzelle-Gardier C. Quels sont les risques d'embryo-foetopathies liés à l'exposition au tabagisme pendant la grossesse ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (HS n° 1) : 3S124-3S129.

[26] Habib P. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (HS n° 1) : 3S353-3S369.

[27] Bosdure E, Dubus JC. Les effets du tabac chez l'enfant. Rev Mal Respir 2006 ; 23 : 694-704.

[28] Labbé A, Labbé JP. Tabagisme passif chez l'enfant. EMC-Pédiatrie 2014 ; 9(1) :1-9 [Article 4-069-C-50].

[29] Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. JORF du 10 juillet 1976. [Consulté le 22/09/2013]. Disponible sur :

<

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068551&dateTexte=20100413#LEGIARTI000006506981> >

[30] Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. JORF du 10 janvier 1991. [Consulté le 22/09/2013]. Disponible sur :

<

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&dateTexte=&categorieLien=id> >

[31] Ministère de la santé. Plan cancer 2009-2013. [Consulté le 13/12/2012]. Disponible sur :

< <http://www.plan-cancer.gouv.fr/le-plan-cancer/presentation.html> >

[32] Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif [Consulté le 22/09/2013]. Disponible sur :

<

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000818309&dateTexte=&categorieLien=id>>

[33] InVS. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°20-21. Paris 2013. p. 217.

[34] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Consulté le 26/12/2013]. Disponible sur :

<

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=987DB4D8504184C1F2C3A2C109B1E8FC.tpdjo15v_3&dateTexte=?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=cid >

[35] Prise en charge des substituts nicotiniques. [Consulté le 22/02/2014]. Disponible sur :

< <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/codage/substituts-nicotiniques-codage-specifique.php> >

[36] Dautzenberg B, Ouranou A. Hôpital sans tabac. In : Raynaud M. Traité d'addictologie. Paris : flammarion ; 2006. p. 465-8.

[37] INPES. Premiers résultats du baromètre santé 2010 : Evolutions récentes du tabagisme en France. Paris. 2010. [Consulté le 18/06/2013] Disponible sur :

< <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-sante2010.pdf> >

[38] Spilka S, Le Nézet O, Tovar ML. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. Tendances février 2012 ; 79. [Consulté le 19/03/2014] Disponible sur :

< <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxsps2.pdf> >

[39] Lebargy F, Becquart LA, Picavet B. Épidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac. EMC-Médecine 2005 ; 171–190.

[40] Spilka S, Le Nézet O. Consommation de tabac chez les adolescents : état des lieux. [Consulté le 31/03/2014] Disponible sur :

< http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevalence_du_tabagisme_chez_les_jeunes.pdf >

[41] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, Inserm – U. 953, Paris, Rapport Inserm Mai 2011.

[42] Lu Y, Tong S, Oldenburg B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. *Health Promot Int* 2001 ; 16 : 355-65.

[43] Bailey BA. Factors predicting pregnancy smoking in southern Appalachia. *American Journal of Health Behavior* 2006 ; 30 : 413-421.

[44] Bachir R, Chaaya M. Maternal smoking: Determinants and associated morbidity in two areas in Lebanon. *Maternal and Child Health Journal* 2008 ; 12 : 298-307.

[45] Edwards N, Sims-Jones N. Smoking and Smoking Relapse During Pregnancy and Postpartum: Results of a Qualitative Study. *Birth* 1998 ; 25(2) : 94-100.

[46] Curry SJ, Mc Bride C, Grothaus L, Lando H, Pirie P. Motivation for Smoking Cessation Among Pregnant Women. *Psychology of Addictive Behaviors* 2001 ; 15(2) : 126-132.

[47] Haslam C, Draper ES. A qualitative study of smoking during pregnancy. *Psychology, Health & Medicine* 2001 ; 6(1) : 95-99.

[48] Billot D, Cambon L, Collin JF, Kivits J. Les représentations en éducation pour la santé. Janvier 2013.

[49] Guyon L, Chayer L, Audet C, April N, De Koninck M. Prévention du tabagisme chez les femmes enceintes. Institut national de santé publique du Québec. 2008. [Consulté le 18/01/2014]. Disponible sur :

< <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/768-tabacfemmesenceintes.pdf> >

[50] Bottorff JL, Oliffe J, Kalaw C, Carey J, Mroz L. Men's constructions of smoking in the context of women's tobacco reduction during pregnancy and postpartum. *Social Science & Medicine* 2006 ; 62 : 3096–3108.

[51] Xu H, Wen LM, Rissel C, Baur LA. Smoking status and factors associated with smoking of first-time mothers during pregnancy and postpartum: findings from the healthy beginnings trial. *Matern Child Health J* 2012.

[52] Merson F, et al. Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale. *Revue des Maladies Respiratoires* (2014).

[53] Merson F, Perriot J. Impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique. *Presse Med.* 2012 ; 41 : e43–e51.

ANNEXES

ANNEXE N°1: TEST DE FARGERSTRÖM

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

Dans les 5 minutes	3
6 - 30 minutes	2
31 - 60 minutes	1
Plus de 60 minutes	0

Trouvez vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où cela est interdit ?

Oui	1
Non	0

A quelle cigarette renoncerez vous le plus difficilement ?

A la première de la journée	1
A une autre	0

Combien de cigarette fumez-vous par jour en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
Plus de 30	3

Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

Oui	1
Non	0

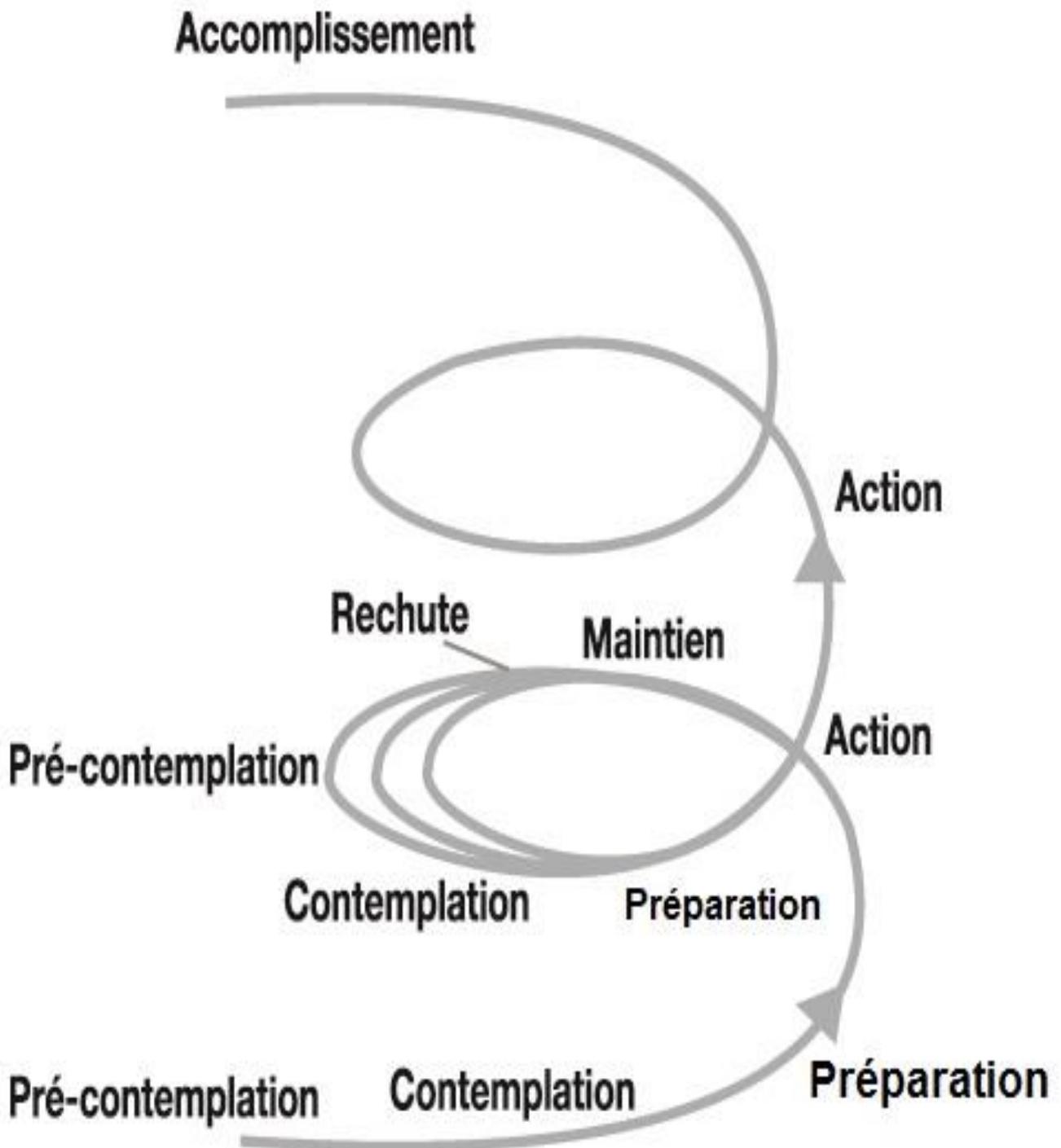
Fumez vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

Oui	1
Non	0

Degré de dépendance à la nicotine :

- ❖ 0 - 2 : pas de dépendance
- ❖ 3 - 4 : dépendance faible
- ❖ 5 - 6 : dépendance moyenne
- ❖ 7 - 10 : dépendance forte

ANNEXE N°2: CYCLE DE PROCHASKA et DI CLEMENTE



ANNEXE N°3: MESURE 10 PLAN CANCER 2010-2013

Objectifs :

- Réduire la prévalence du tabagisme de 30 % à 20 % dans la population française.
- Réduire les incitations multiples à la consommation de tabac, afin de limiter la demande de tabac, en prenant également en compte la nécessité de s'attaquer aux inégalités sociales et régionales face au tabac.

Actions :

10.1 : Réduire l'attractivité des produits du tabac. Mettre en œuvre les **avertissements sanitaires graphiques**. Proposer de mettre fin par voie législative à la publicité sur les lieux de vente et lors des retransmissions des images de sports mécaniques à la télévision.

10.2 : Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique. **Développer l'accès aux substituts nicotiques pour les femmes enceintes** et les personnes bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire. Mis en place le 1er février 2007, un forfait financé par les caisses d'assurance maladie permet de **rembourser** les substituts nicotiques et certains **médicaments utilisés dans le sevrage tabagique, à hauteur de 50 € par an et par assuré**. Ce forfait est d'ores et déjà ouvert aux femmes enceintes, tout comme aux patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire. Compte tenu des enjeux particuliers liés à l'arrêt du tabagisme pendant la grossesse, il est proposé de **renforcer le forfait au bénéfice des femmes enceintes**, ainsi qu'aux bénéficiaires de la CMU pour leur première année de prise en charge, pour lesquelles l'État et l'Assurance maladie porteront en 2010 la **prise en charge à 150 €**, permettant de rembourser trois mois de traitements de substitution.

10.3 : Rendre plus régulière la publication de données sur la consommation de tabac. Renforcer le suivi des mesures de lutte contre le tabac par l'établissement d'un **baromètre annuel**.

10.4 : Mettre en œuvre les mesures de protection des mineurs face au tabagisme adoptées dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ». **Assurer l'effectivité** de l'extension de **l'interdiction de vente du tabac aux mineurs** de 16 à 18 ans. Rendre effective l'interdiction des cigarettes bonbons.

10.5 : Aboutir à **l'interdiction de la vente des produits du tabac par internet** par la signature d'un protocole additionnel à la Convention-cadre de la lutte antitabac en 2011.

ANNEXE N°4 : CHARTE HOPITAL SANS TABAC

- 1 – Sensibiliser tous les personnels de la périnatalité sur l'importance de la prévention et la prise en charge du tabagisme parental pour améliorer la qualité des soins.
- 2 – Informer systématiquement dès la déclaration de grossesse et lors de la surveillance prénatale sur les possibilités de prévention et de prise en charge du tabagisme actif ou passif.
- 2 – Populariser la mesure de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré pour toutes les femmes enceintes ou qui consultent pour stérilité et les futurs pères en mettant à disposition de tout professionnel qui le souhaite un analyseur de CO.
- 4 – Evaluer l'impact du tabagisme sur les critères de qualité des soins périnataux de façon systématique et objective :
 - . Mesure du CO expiré au moins une fois à l'examen d'entrée lors de l'accouchement pour toutes les femmes.
 - . Suivi du taux d'arrêt du tabagisme pendant la grossesse (nombre et pourcentage de femmes fumeuses, avant la grossesse et à l'accouchement)
- 5 – Définir un plan stratégique d'actions applicables pour toutes les maternités :
 - . Redéfinir le projet de service et de soins en intégrant la problématique « tabac »,
 - . Organiser un plan spécifique de formation pour les personnels concernés.
- 6 – Prendre en charge médicalement en hospitalisation et en ambulatoire toute femme fumeuse présentant ou on une pathologie obstétricale (mesure de CO expiré, traitements nicotiniques substitutifs à la disposition des femmes enceintes notamment).
- 7 – Etablir un plan d'aménagement des différents locaux propice à la prévention du tabagisme passif, adapter une signalétique spécifique : panneaux, affiches, livrets.
- 8 – Promouvoir l'éducation à la santé et l'allaitement maternel lors des séances de préparation à la naissance en intégrant la prévention du tabagisme passif.
- 9 – Former les personnels volontaires à la prévention et à la prise en charge du tabagisme actif et passif pendant la grossesse et l'allaitement.
- 10- Encourager l'exemplarité des professionnels de la périnatalité et les convaincre de leur rôle primordial pour une « maternité sans tabac ».

ANNEXE N°5 : METHODE DES 5A

Interroger sur la consommation de tabac : Ask < 1 minute

- | | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| A. n'a jamais fumé | <input type="checkbox"/> | D. Fume moins qu'avant la grossesse | <input type="checkbox"/> |
| B. a arrêté de fumer avant d'être enceinte | <input type="checkbox"/> | E. Fume comme avant la grossesse | <input type="checkbox"/> |
| C. a arrêté de fumer depuis la grossesse | <input type="checkbox"/> | | |

Réponses ABC : Félicitations. Mesurer le Monoxyde de carbone expiré.

Conseils pour éviter l'exposition au tabagisme passif social et à la maison.

Réponses D, E : Mesurer le Monoxyde de carbone expiré puis Passer à la 2^e étape

Conseiller l'arrêt : Advise < 1 minute

- | | |
|--|--------------------------|
| Conseil clair, ferme et personnalisé d'aide à l'arrêt
« Comme professionnel, je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé et celle de votre bébé » | <input type="checkbox"/> |
| Information sur les risques liés à la poursuite du tabagisme pendant la grossesse | <input type="checkbox"/> |
-

Vérifier la motivation de la femme enceinte à l'arrêt du tabac : Assess < 1 minute

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| « Souhaitez-vous arrêter de fumer ? » | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|--------------------------|

Si réponse oui : passer à l'étape suivante

Si réponse non : renforcer les motivations à l'arrêt, donner une brochure d'aide à l'arrêt

Aider au sevrage tabagique : Assist > 3 minutes

Mesurer le CO expiré, proposer un traitement adapté à la dépendance, encourager la femme enceinte à avoir un soutien et à ne pas être exposée au tabagisme passif social et familial

Organiser le suivi : Arrange follow up

- | | |
|---|--------------------------|
| Mesurer le CO expiré, féliciter, valoriser les bénéfices en cas d'arrêt, assurer le suivi | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|
-

ANNEXE N°6 : SCORE Q-MAT

QUESTION N° 1 : **Pensez-vous que dans six mois**

- Vous fumerez toujours autant ?
- Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?
- Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?
- Vous aurez arrêté de fumer ?

QUESTION N° 2 : **Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ?**

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Enormément

QUESTION N° 3 : **Pensez-vous que, dans quatre semaines**

- Vous fumerez toujours autant ?
- Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?
- Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?
- Vous aurez arrêté de fumer ?

QUESTION N° 4 : **Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?**

- Jamais
- Quelquefois
- Souvent
- Très souvent

ANNEXE N°7 : QUESTIONNAIRE MAMAN N°.....

I- Renseignements généraux :

1- Quel âge avez-vous ?

2- Etes-vous :

Célibataire Mariée Pacée Divorcée Veuve

3- Etes-vous que vous vivez seule ?

Oui Non

4- Quel est votre niveau d'étude ?

- Sans diplôme ou brevet des collèges
- CAP ou BEP
- Baccalauréat général, technologique ou professionnel
- Diplômes de niveau bac + 2
- Diplômes de second ou de troisième cycle universitaire ou diplôme des grandes écoles.

5- Quelle profession exercez-vous ?

- Agricultrice exploitante
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employée
- Ouvrière
- Sans activité

6- Quelle est votre couverture sociale ?

- Sécurité sociale seule
- Sécurité sociale + mutuelle
- Couverture Maladie Universelle (CMU) ou CMU complémentaire
- Aide Médicale d'Etat

7- De façon générale, vivez-vous entourée (famille, amis, travail...) ?

Oui Non

8- Avant cet accouchement aviez-vous déjà eu des enfants ?

Oui Non

9- Etes-vous que cette grossesse était attendue ?

Oui Non

II- Histoire tabagique :

10- A quel âge avez-vous fumé pour la première fois ?

..... ans.

11- A quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ?

..... ans.

12-

- a. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?
 - Oui (combien de fois ? fois) Non
- b. Si OUI :
 - i. Avez-vous réussi à arrêter pendant un certain temps ?
 - Oui Non (allez directement à la question 13)

ii. Comment et à quelle(s) occasion(s) :

.....
.....
.....
.....

13-

a. Tous les jours, y a-t-il des personnes qui fument dans votre entourage ?

Oui Non (allez directement à la question 14).

b. Si OUI, votre conjoint fume-t-il ?

Oui Non Pas de conjoint

14- Juste avant la grossesse :

a. Fumiez-vous ?

Oui Non

b. Le matin, combien de temps après être réveillée fumiez-vous votre première cigarette ?

Plus de 60 minutes après

Dans les 31 à 60 minutes

Dans les 6 à 30 minutes

Dans les 5 premières minutes

c. Trouvez-vous cela difficile de ne pas fumer dans les endroits où cela est interdit ?

Oui Non

d. De quelle cigarette vous seriez le plus facilement passée ?

De la première D'une autre

e. Combien de cigarettes fumiez-vous par jour ?

10 cigarettes/jour ou moins

De 11 à 20 cigarettes/jour

De 21 à 30 cigarettes/jour

Plus de 30 cigarettes par jour

f. Fumiez-vous de manière plus rapprochée dans les premières heures de la journée que dans le reste de la journée ?

Oui Non

g. Fumiez-vous lorsque vous étiez malade au point de rester au lit toute la journée ?

Oui Non

15-

a. Lors de la découverte de la grossesse, avez-vous spontanément arrêté de fumer (toute seule) ?

Non Oui

b. Si OUI :

i. qu'est-ce qui vous a motivé à arrêter de fumer ?

.....
.....
.....
.....

ii. Avez-vous réussi à ne pas fumer pendant tout le reste de la grossesse ?

Oui Non

Si vous avez arrêté le tabac dès la découverte de votre grossesse et que vous n'avez pas repris pendant la grossesse le questionnaire se poursuit à la partie IV.

18-

a. Fumiez-vous à la fin de la grossesse ?

- Oui
- Non

b. Si OUI :

i. combien ?

..... cigarettes/jour.

ii. Comment évaluez-vous votre consommation à ce moment-là?

- Faible
- Moyenne
- Importante
- Très importante

iii. Selon vous qu'est-ce qui vous a le plus poussé à poursuivre votre tabagisme ?

- La peur de prendre du poids pendant la grossesse
- Le manque de confiance en vous pour réussir un sevrage
- Le bien être que vous procure votre tabagisme (moins de stress, stimulation...)
- Une trop forte dépendance au tabac
- Le tabagisme de votre conjoint ou de votre entourage
- Le manque de soutien de votre entourage (famille, amis)
- Autres (Précisez) :

.....

.....

.....

.....

IV- Questions diverses :

19-

a. Comment envisagez-vous d'allaiter votre enfant avant l'accouchement ?

- Au sein
- Au biberon

b. Comment l'allaitiez-vous aujourd'hui ?

- Au sein
- Au biberon

III- Questions si pas d'arrêt du tabac dès la découverte de la grossesse :

16-

a. Quelle était votre consommation de tabac en début de grossesse ?

..... cigarettes/jour.

b. Comment évaluez-vous votre consommation à ce moment-là?

- Faible
- Moyenne
- Importante
- Très importante

17-

a. Pendant cette grossesse avez-vous essayé d'arrêter le tabac ?

- Oui
- Non

b. Si OUI :

i. Comment ?

- Seule
- Avec l'aide de consultations chez un tabacologue
- Avec l'aide de substituts nicotiniques (patchs, gommes, pastilles)
- Avec l'aide de thérapies basées sur le comportement vis-à-vis du tabac
- Avec l'aide d'acupuncture
- Avec l'aide d'hypnose
- Autre :

ii. Quel était votre degré de motivation ? (faitez une croix sur l'échelle suivante)



iii. Cette motivation était-elle liée?

- A votre santé
- A la santé de votre bébé à venir
- A votre santé ET à celle de votre bébé à venir

b. Si OUI, lesquels ?

.....
.....
.....
.....

c. Si NON, auriez-vous aimé en recevoir ?

Oui Non

24-

a. Avez-vous reçu des informations des effets du tabagisme après l'accouchement ?

Oui Non

b. Si OUI ? lesquels ?

.....
.....
.....
.....

c. Si NON, auriez-vous aimé en recevoir ?

Oui Non

25-

a. Selon vous, le tabagisme de la mère de l'enfant peut-il avoir un impact lors la grossesse et après l'accouchement ?

Oui Non

b. Si OUI, celui-ci est :

Plus important lors de la grossesse

Plus important après l'accouchement

Aussi important lors de la grossesse qu'après l'accouchement

26-

a. Selon vous, le tabagisme du père de l'enfant peut-il avoir un impact lors la grossesse et après l'accouchement ?

Oui Non

b. Si OUI, celui-ci est :

Plus important lors de la grossesse

Plus important après l'accouchement

Aussi important— lors de la grossesse qu'après l'accouchement

27-

a. Pensez-vous que l'homme fumeur peut avoir une influence pour que la femme enceinte arrête de fumer ?

Oui Non

b. Si OUI, quelle est selon vous la meilleure façon ?

En ne fumant pas devant elle

En fumant à l'extérieur du domicile

En arrêtant de fumer aussi

Autre :

.....
.....
.....

28-

a. Pensez-vous que l'homme fumeur peut avoir une influence pour que la femme qui a arrêté pendant la grossesse reprenne le tabac ?

Oui Non

b. Si OUI, comment ?

.....
.....
.....

Je vous remercie du temps que vous avez accordé pour répondre à ce questionnaire.

Cordialement.

Elandine DEROLEZ

ANNEXE N°8 : QUESTIONNAIRE PAPA N°.....

5-

a. Avez-vous modifié votre consommation pendant la grossesse de votre conjointe?

Oui Non

b. Si OUI, comment avez-vous modifié votre consommation ?

Je l'ai augmenté Je l'ai diminué J'ai arrêté de fumer

6-

a. Fumez-vous actuellement ?

Oui Non

b. Si OUI, quelle est votre consommation de tabac et comment l'évaluez-vous?

..... Cigarettes / jour.

Faible Moyenne Importante Très importante

7- Comment évaluez-vous la consommation de tabac de votre conjointe avant la grossesse ?

Faible Moyenne Importante Très importante

8- Si votre conjointe fumait pendant sa grossesse, comment évaluez-vous sa consommation ?

Faible Moyenne Importante Très importante

9- Si votre conjointe fumait à la fin de sa grossesse comment évaluez-vous sa consommation?

Faible Moyenne Importante Très importante

10-

a. Selon vous, pendant la grossesse, qu'est-ce qui est le plus bénéfique pour le bébé?

La réduction du tabagisme L'arrêt total du tabagisme

1- Quel âge avez-vous ?

2- Quel est votre niveau d'études ?

Sans diplôme ou brevet des collèges

CAP ou BEP

Baccalauréat général, technologique ou professionnel

Diplômes de niveau bac + 2

Diplômes de second ou de troisième cycle universitaire ou diplôme des grandes écoles.

3- Quelle profession exercez-vous ?

Agriculteur exploitant

Artisan, commerçant, chef d'entreprise

Cadre et profession supérieure

Profession intermédiaire

Employé

Ouvrier

Sans activité

4-

a. Fumez-vous avant la grossesse de votre conjointe?

Oui Non

b. Si OUI, quelle était votre consommation et comment l'évaluez-vous ?

..... Cigarettes / jour.

Faible Moyenne Importante Très importante

b. Pourquoi ?

.....
.....
.....

11- Selon vous, le tabagisme:

- Est acceptable pendant et après la grossesse.
- Est acceptable pendant la grossesse mais ne l'est pas après la grossesse.
- Est acceptable après la grossesse mais ne l'est pas pendant la grossesse.
- Est inacceptable pendant la grossesse et après la grossesse.

12-

a. Pensez-vous que l'homme fumeur peut avoir une influence pour que la femme enceinte arrête de fumer ?

- Oui
- Non

b. Si OUI, quelle est selon vous la meilleure façon ? (plusieurs réponses possibles)

- En ne fumant pas devant elle
- En fumant à l'extérieur du domicile
- En arrêtant de fumer aussi
- Autre :

.....
.....

13-

a. Pensez-vous que le tabagisme maternel peut avoir un impact pendant la grossesse et après l'accouchement ?

- Oui
- Non

b. Si OUI, pensez-vous que ces effets sont :

- Plus importants lors de la grossesse
- Plus importants après l'accouchement
- Aussi importants lors de la grossesse qu'après l'accouchement

c. Quels sont-ils selon vous ?

.....
.....
.....

14-

a. Pensez-vous que le tabagisme maternel peut avoir un impact pendant la grossesse et après l'accouchement

- Oui
- Non

b. Si OUI :

i. Pensez-vous que ces effets sont :

- Plus importants lors de la grossesse
- Plus importants après l'accouchement
- Aussi importants lors de la grossesse qu'après l'accouchement

ii. Quels sont-ils selon vous ?

.....
.....
.....

15-

a. Connaissez-vous des effets du tabagisme pendant la grossesse et après l'accouchement ?

- Oui
- Non

b. Si OUI, lesquels et comment en avez-vous eu connaissance ?

.....
.....
.....

Je vous remercie du temps que vous avez accordé pour répondre à ce questionnaire.

Cordialement.

Elisavine DEROLEZ.

ANNEXE N°9 : LETTRES D'INFORMATION

POUR LES MAMANS

Blandine DEROLEZ
14, Rue du Colombier
63 370 LEMPDES
Tel : 06-99-42-37-33
Mail : Blandine.Derolez@etu.udemail.fr

Bonjour,

Je m'appelle Blandine DEROLEZ, étudiante en 5^{ème} année des études de maïeutique dans le but d'exercer par la suite la profession de sage-femme.

Dans le cadre de mes études, je dois réaliser un mémoire traitant d'un aspect de la grossesse. J'ai pour ma part choisi de traiter du sujet « tabac et grossesse ».

Le but de mon étude est de comprendre quels sont les facteurs majoritaires qui conduisent à la poursuite du tabagisme pendant la grossesse et de savoir quelles représentations du tabagisme pendant la grossesse et les suites de couches ont les femmes fumeuses et leurs conjoints.

Je vous distribue ce questionnaire car j'ai relevé que vous fumiez avant la grossesse dans votre dossier médical informatisé.

Vous avez le choix de répondre ou non à ce questionnaire, celui-ci me permettrait d'envisager des solutions à la prise en charge du tabagisme lors des périodes de la grossesse et des suites de couches.

Toutes les données que vous communiquerez seront anonymes, votre nom ne figurera pas dans les résultats de mon mémoire.

Si vous acceptez de participer à mon étude, veuillez-signer la fiche de consentement et d'anonymisation suivante.

Je vous remercie par avance de votre participation.

Blandine DEROLEZ.

POUR LES PAPAS

Blandine DEROLEZ
14, Rue du Colombier
63 370 LEMPDES
Tel : 06-99-42-37-33
Mail : Blandine.Derolez@etu.udemail.fr

Bonjour,

Je m'appelle Blandine DEROLEZ, étudiante en 5^{ème} année des études de maïeutique dans le but d'exercer par la suite la profession de sage-femme.

Dans le cadre de mes études, je dois réaliser un mémoire traitant d'un aspect de la grossesse. J'ai pour ma part choisi de traiter du tabac et de la grossesse.

Le but de mon étude est de comprendre quels sont les facteurs majoritaires qui conduisent à la poursuite du tabagisme pendant la grossesse et de savoir quelles représentations du tabagisme pendant la grossesse et les suites de couches ont les femmes fumeuses et leurs conjoints.

Je vous distribue ce questionnaire car j'ai relevé que votre conjointe fumait avant la grossesse dans son dossier médical informatisé.

Vous avez le choix de répondre ou non à ce questionnaire, celui-ci me permettrait d'envisager des solutions à la prise en charge du tabagisme lors des périodes de la grossesse et des suites de couches.

Toutes les données que vous communiquerez seront anonymes, votre nom ne figurera pas dans les résultats de mon mémoire.

Si vous acceptez de participer à mon étude, veuillez-signer la fiche de consentement et d'anonymisation suivante.

Je vous remercie par avance de votre participation.

Blandine DEROLEZ.

ANNEXE N°10: FICHES DE CONSENTEMENT ET D'ANONYMISATION

POUR LES MAMANS

Je soussignée Madame, Mademoiselle.....
accepte de participer à l'étude de Mademoiselle DEROLEZ Blandine, étudiante en 5^{ème}
année des études de maieutique.

Mon numéro d'anonymisation est le numéro..... (figure au début du
questionnaire).

Si vous ne souhaitez plus participer à mon étude alors que vous avez rendu votre
questionnaire, merci de me contacter par l'un des moyens figurant en début de lettre.

Merci d'avance.

Blandine DEROLEZ.

POUR LES PAPAS

Je soussigné Monsieur
accepte de participer à l'étude de Mademoiselle DEROLEZ Blandine, étudiante en 5^{ème}
année des études de maieutique.

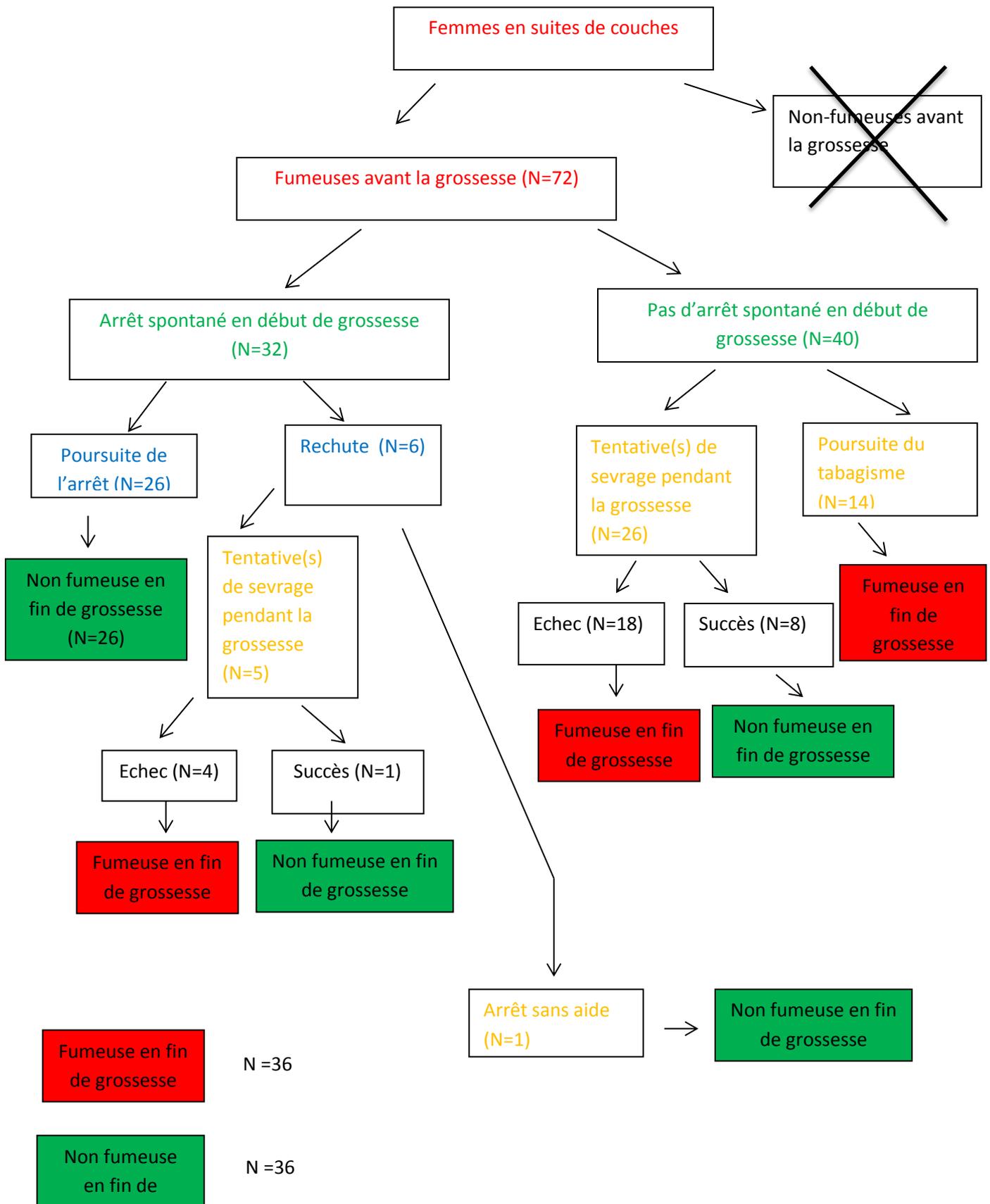
Mon numéro d'anonymisation est le numéro..... (figure au début du
questionnaire).

Si vous ne souhaitez plus participer à mon étude alors que vous avez rendu votre
questionnaire, merci de me contacter par l'un des moyens figurant en début de lettre.

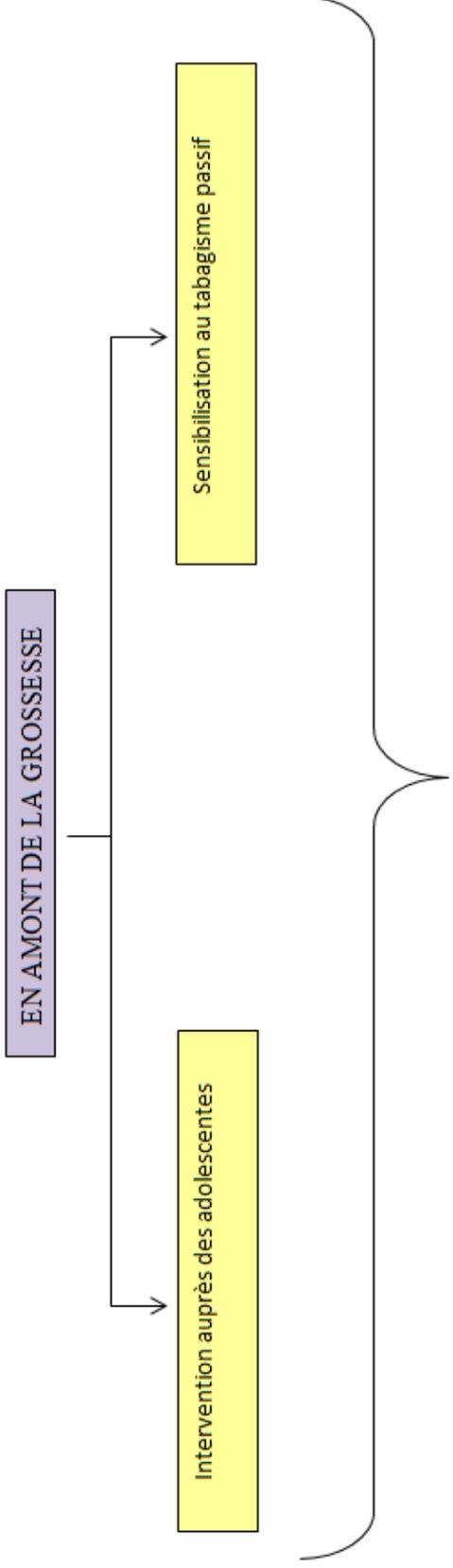
Merci d'avance.

Blandine DEROLEZ.

ANNEXE N°11 : ARBRE DE L'ORGANISATION DE LA POPULATION DES FEMMES



ANNEXE N°12 : LOGIGRAMMES DU PROJET D'ACTION

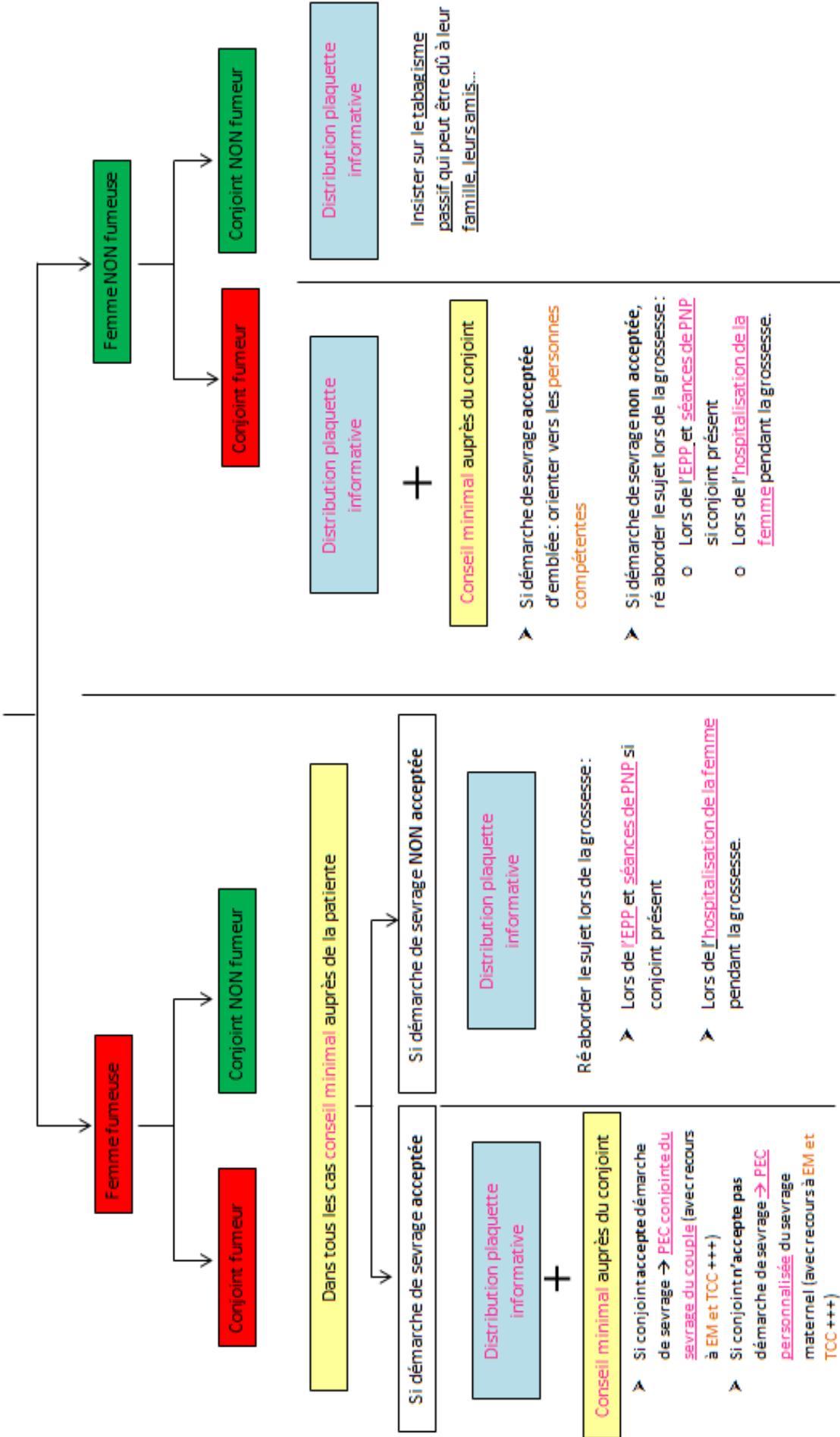


Rôle important :

- Des **SF de protection maternelle et infantile**, des **SF de planification familiale** et des **SF libérales** lors de la prescription de la contraception.
- Des **SF en général** lors de l'entretien préconceptionnel
- Des campagnes nationales.

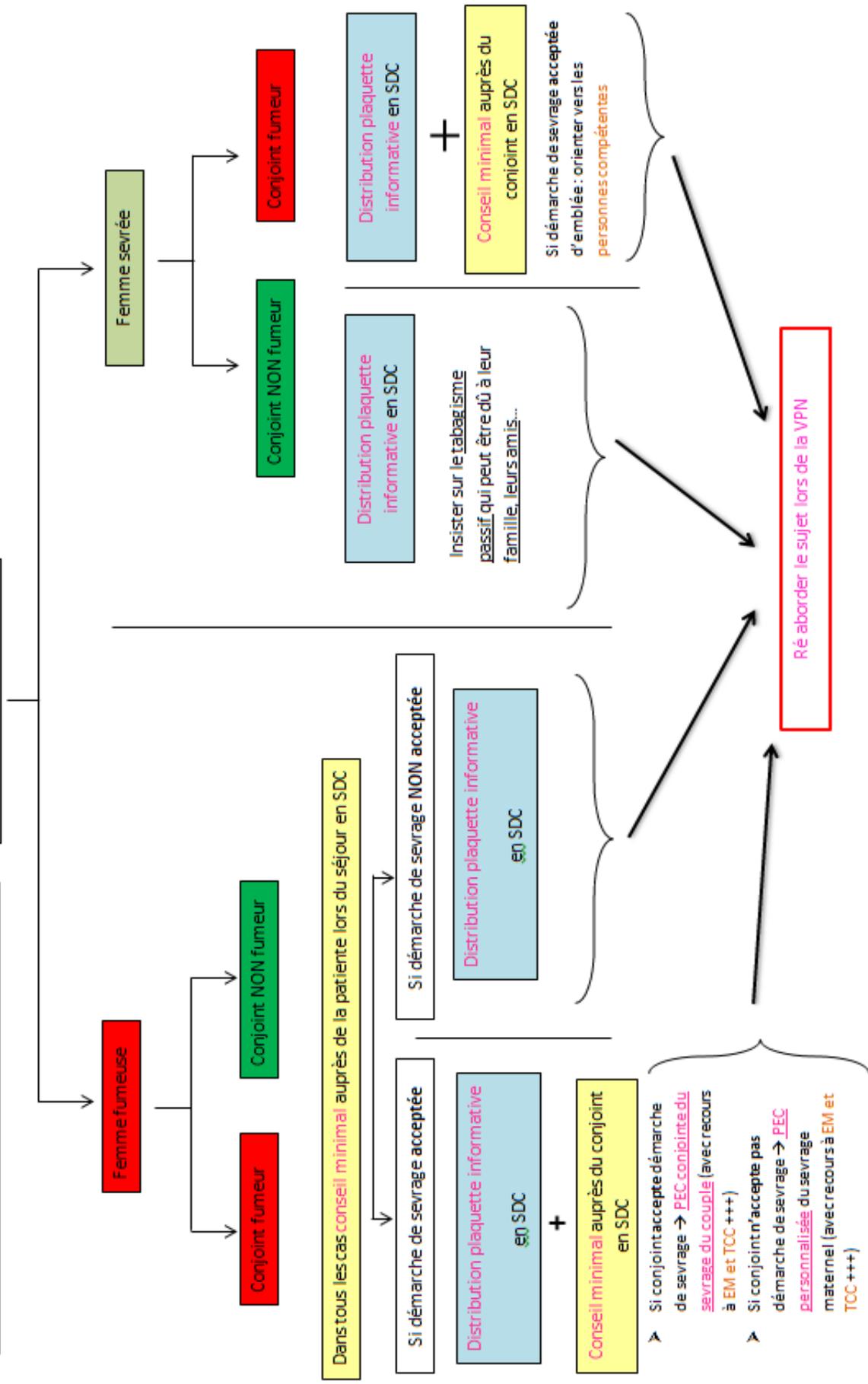
— Peut être effectué par la SF
 — Peut être effectuée par la SF tabacologue, par le médecin addictologue ou par le psychiatre

PENDANT LA GROSSESSE



— Peut être effectué par la SF
 — Peut être effectuée par la SF tabacologue, par le médecin addictologue ou par le psychiatre

EN POST PARTUM



ANNEXE N°13 : PLAQUETTE INFORMATIVE

COMMENT ARRÊTER DE FUMER ?

- N'hésitez pas à informer la sage-femme de votre désir d'arrêter de fumer, elle vous aidera :
 - En vous prescrivant des **substituts nicotiques** (patches, gommes, pastilles) : ils sont **pris en charge** par la sécurité sociale à hauteur de 150 euros.
 - En **renforçant votre motivation** afin de parvenir à votre objectif.
 - En vous donnant la **possibilité de rencontrer un tabacologue** pour permettre de surpasser les difficultés rencontrées et de favoriser votre arrêt à long terme.
- Lors de votre suivi de grossesse, toutes les occasions sont bonnes pour en parler. Plusieurs outils y sont particulièrement dédiés :
 - L'**entretien prénatal précoce**
 - Les séances de **préparation à la naissance**
 - La **visite post-natale** pour éviter les rechutes après l'accouchement.

IL N'EST JAMAIS TROP TARD POUR ARRÊTER DE FUMER !!

MAIS UNE FOIS L'ARRÊT OBTENU IL EST TOUJOURS TROP TÔT POUR RECHUTER....

CONTACTS

Pour plus d'informations :

- Drogues info service :

Tel : 0 800 231 313 (gratuit depuis un poste fixe)
Site : www.drogues-info-service.fr

- Tabac info service :

Tel : 39 89 (0,15 euros/min depuis un poste fixe)
Site : www.tabac-info-service.fr

- Site d'addictologie du CHU de Clermont-Ferrand :

Site : <http://www.addictions-auvergne.fr>

Si vous souhaitez arrêter :

- Dispensaire Emile ROUX rue Vaucanson à Clermont-Ferrand. Tel : 04 73 14 50 80
- Centre médico-psychologique B au CHU Montpiéd de Clermont-Ferrand.
Tel : 04 73 75 21 25
- Consultations de tabacologie au CHU Estaing :
 - Dr Schmitt
 - Dr Boute-Makota

LA GROSSESSE : UN MOMENT PRIVILEGIE POUR ARRÊTER DE FUMER



PARLEZ-EN AVEC VOTRE SAGE FEMME OU A VOTRE MEDECIN

La survie nue d'une grossesse est souvent la raison la plus importante pour arrêter de fumer pour la femme ou pour le couple.

C'est peut-être votre cas !

COMPOSITION D'UNE CIGARETTE



TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE

Le tabagisme pendant la grossesse augmente le risque de :

- Les grossesses extra-utérines
- Les fausses couches spontanées
- La prématurité
- Des complications au niveau du placenta (organe qui permet de nourrir votre enfant).
- Un retard de croissance de votre bébé
- Certaines malformations (dont les fentes labio-palatines ou « becs de lièvre »)
- La mort foetale in utéro
- La mort subite du nourrisson
- Des difficultés d'apprentissage chez votre futur enfant à cause d'un périmètre crânien trop petit

TABAGISME APRES LA GROSSESSE

Le tabagisme après la grossesse présente des risques augmentés de :

- Les risques généraux du tabac pour la femme :
 - Cancers (poumons, seins, col de l'utérus notamment)
 - Maladies cardio-vasculaires (d'autant plus si contraception oestro-progestative)
 - Broncho-pneumopathie chronique obstructive
 - Diminution de la fertilité
- Mais aussi des risques pour le nouveau-né :
 - Un syndrome de sevrage à la naissance
 - La mort subite du nourrisson
 - La tendance supérieure aux infections respiratoires et à l'asthme
 - Une diminution de la quantité et de la qualité du lait maternel

Tous ces effets peuvent avoir lieu lors de l'inhalation de la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs : c'est ce qu'on appelle le **tabagisme passif**.

Évitez de vous tenir proche de ces personnes lorsqu'elles fument !

La grossesse peut aussi être, pour vous et/ou votre conjoint, l'occasion de vous faire aider dans l'arrêt de consommation de tabac.



EMPLACEMENT FUMEURS



RESUME

A l'heure actuelle, le tabagisme reste une intoxication fréquente lors de la grossesse. Environ une femme sur cinq poursuit sa consommation quand elle est enceinte.

De plus, près des trois quart des femmes sevrées pendant la grossesse rechuteront à long terme dans les suites de couches.

Une étude a été mise en place afin de connaître d'une part les facteurs qui pourraient être le plus influents sur le comportement tabagique lors de la grossesse, et d'autre part pour percevoir les représentations qu'ont les membres du futur couple parental sur le tabagisme lors de la grossesse et lors des suites de couches.

Celle-ci s'est déroulée sur une période d'un mois et demi au CHU Estaing de Clermont-Ferrand. Un total de 72 femmes et 59 conjoints ont été interrogés par le biais d'un auto-questionnaire. Chaque membre du couple possédait son propre questionnaire.

Au terme de cette recherche, nous pouvons seulement aboutir à la conclusion qu'il existe un lien entre la précarité et le tabagisme gravidique. De plus, bien que le tabagisme passif n'ait pas pu être reconnu significativement comme un facteur de risque de tabagisme gravidique, plusieurs femmes reconnaissent qu'il représente une entrave certaine à leur sevrage pendant la grossesse et au maintien de ce dernier à long terme. Enfin, nous avons pu constater qu'il existe une mauvaise information du couple sur les risques induits par le tabagisme pendant la grossesse et les suites de couches.

Toutefois, il semble que le couple ait pris conscience de l'importance d'un sevrage tabagique lors de la grossesse et dans une moindre proportion lors du post-partum. La prise de conscience de cet enjeu par le couple indique qu'une prise en charge précoce de cette addiction serait bénéfique.

Mots-clés : tabac, grossesse, suites de couches, poursuite, représentations

ABSTRACT

Nowadays smoking is a common poisoning during pregnancy. About one in five women goes on smoking while being pregnant.

In addition, nearly three-quarters of women who have stopped smoking during pregnancy will relapse in the long-run especially after delivery.

We've set up in order to know on the one hand the factors that could be the most influential on smoking behavior during pregnancy, and to collect on the other hand the ideas future parents have on smoking during pregnancy and after delivery.

That study took place over a period of one and a half month at the university hospital of Estaing in Clermont-Ferrand. A total of 72 women and 59 men were interviewed through a self-administered questionnaire. Each member of the couple had its own questionnaire.

At the end of this research, we can only come to the conclusion that there is a link between precariousness and gravidic smoking. In addition, although second-hand smoke has not been recognized as a significant risk factor for smoking during pregnancy, many women recognize that it represents a certain constraint to their giving up smoking during pregnancy and their maintaining it in a long-term. Finally, we found that couples are badly-informed on the risks they are running by smoking during pregnancy and after postpartum.

However, it seems that some couples have realized how important it is to stop smoking during pregnancy and to a lesser extent during the postpartum period. The fact that couples have been aware of what is at stake shows that early treatment of this addiction would be beneficial.

Keywords : smoking, pregnancy, postpartum, continuation, representations