



HAL
open science

État des lieux des connaissances des femmes enceintes sur les effets du tabac sur le plan obstétrical foetal et sur l'accouchement

Mathilde Teissier

► **To cite this version:**

Mathilde Teissier. État des lieux des connaissances des femmes enceintes sur les effets du tabac sur le plan obstétrical foetal et sur l'accouchement. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01656945

HAL Id: dumas-01656945

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01656945>

Submitted on 15 Feb 2018

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 DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

MATHILDE TEISSIER

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES FEMMES
ENCEINTES SUR LES EFFETS DU TABAC SUR LE
PLAN OBSTÉTRICAL, FŒTAL ET SUR
L'ACCOUCHEMENT**

Soutenu le : 23 juin 2017

Directeur de mémoire : Edwige DAUTZENBERG

JURY

A. ROUSSEAU, Sage-Femme Enseignante
S. CARBONNEAUX, Sage-Femme Coordinatrice
E. PROT, Sage-Femme Enseignante

Numéro national d'étudiant : 21203987

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

A Edwige Dautzenberg, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et son accompagnement pour la réalisation de ce mémoire.

A Claire Dran, pour son aide lors de la construction de ce mémoire ainsi que pour sa relecture attentive.

A Anne Rousseau, grâce à qui j'ai persévéré, et pour la réalisation des ateliers d'aide au mémoire.

A Marie Bourdillon, ma référente pédagogique, qui m'a soutenu lors de l'élaboration et des projets mémoire.

A toute l'équipe du Département de Maïeutique qui nous ont accompagnés durant ces 4 années.

A mes parents, mon frère et ma sœur, pour leur soutien et la relecture de ce travail.

A Coralie Trehu, pour avoir pris le temps de relire ce travail.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
TITRE ET RESUME	XI
TITLE AND ABSTRACT	XII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 Généralités	2
1.1.1 Définitions	2
1.1.2 Epidémiologie	2
1.2 Le tabagisme, priorité de santé publique	3
1.2.1 Législation	3
1.2.2 Autorités nationales de santé	3

1.3 Mécanisme et physiopathologie des substances	4
1.4 Complications	5
1.4.1 Complications gynécologiques et obstétricales	5
1.4.2 Complications fœtales	6
1.4.3 Complications lors de l'accouchement	7
1.4.4 Complications pédiatriques	8
1.5 Outils de dépistage des patientes fumeuses	8
1.5.1 Déclaration	8
1.5.2 Mesure du monoxyde de carbone expiré	9
1.6 Interventions d'aide à l'arrêt du tabac	10
1.6.1 Thérapie cognitivo-comportementale	10
1.6.2 Traitement pharmacologique	11
1.7 Connaissances des patientes	11
2 MATERIEL ET METHODES	13
2.1 Hypothèses et objectifs	13
2.1.1 Objectifs	13
2.1.2 Hypothèses	13
2.2 Type d'étude	13
2.3 Déroulement de l'étude	14
2.3.1 Elaboration et test de l'outil	14
2.3.2 Recrutement de la population	14
2.3.3 Collecte des données	15
2.3.4 Analyse des données	15
2.4 Considérations éthiques et réglementaires	16
3 RESULTATS	17
3.1 Description générale de la population d'étude	17
3.1.1 Diagramme des flux	17
3.1.2 Caractéristiques socio-démographiques et tabacologiques	18

3.2 Principaux résultats	19
3.2.1 Connaissances générales sur le tabac pendant la grossesse	19
3.2.2 Connaissances des patientes sur les effets du tabac sur un plan obstétrical	20
3.2.3 Connaissances des patientes sur les effets du tabac sur le fœtus	21
3.2.4 Connaissances des patientes sur les effets du tabac pendant l'accouchement	22
3.3 Autres analyses	22
3.3.1 Niveau de connaissance des patientes sur le tabac et la grossesse	22
3.3.2 Niveau des connaissances obstétricales selon le statut tabagique	23
3.3.3 Niveau des connaissances fœtales selon le statut tabagique	24
3.3.4 Niveau des connaissances sur l'accouchement selon le statut tabagique	24
DISCUSSION	25
3.4 Résumé des principaux résultats	25
3.5 Discussion des résultats et comparaison à la littérature	26
3.5.1 Population d'étude	26
3.5.2 Dépistage du statut tabagique et information des patientes	27
3.5.3 Connaissances générales sur le tabac et la grossesse	29
3.5.4 Connaissances des patientes sur les risques obstétricaux du tabac	30
3.5.5 Connaissances des patientes sur les risques du tabac sur le fœtus	31
3.5.6 Connaissances des patientes sur les risques du tabac sur l'accouchement	32
3.5.7 Niveau de connaissance	33
3.6 Forces de l'étude	34
3.7 Limites et biais	35
3.8 Implications et perspectives	36
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	44

Liste des tableaux

Tableau 1 : Description de la population d'étude	18
Tableau 2 : Niveau des connaissances obstétricales selon le statut tabagique (n=138).....	23
Tableau 3 : Niveau des connaissances fœtales selon le statut tabagique (n=138)	24
Tableau 4 : Niveau de connaissance sur l'accouchement selon le statut tabagique (n=138)..	24

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme des flux.....	17
Figure 2 : Connaissances générales sur le tabac (n=147).....	19
Figure 3 : Liste des effets du tabac sur le plan obstétrical (n=138)	20
Figure 4 : Liste des effets du tabac sur le fœtus (n=138)	21
Figure 5 : Liste des effets du tabac sur l'accouchement (n=138)	22
Figure 6 : Niveau de connaissances des effets du tabac (n=138)	23

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire distribué aux patientes	44
--	----

Lexique

Non-fumeuse : patiente n'ayant jamais fumé de cigarette.

Ex-fumeuse : patiente ayant déjà fumé des cigarettes mais ayant arrêté avant le début de la grossesse.

Fumeuse : patiente ayant fumé pendant la grossesse. Une patiente fumeuse peut avoir arrêté sa consommation pendant la grossesse.

Grossesse : nous parlerons de grossesse dans cet écrit pour désigner la grossesse en général (en comprenant le fœtus et l'accouchement).

Obstétrical : nous utiliserons le terme obstétrical pour parler des effets du tabac sur la grossesse au sens strict (sans englober le fœtus et l'accouchement).

Accouchement : terme par lequel nous englobons la phase de travail et la phase d'expulsion.

Titre et résumé

Objectifs : La prévalence du tabagisme est de 34,1% dans la population générale et de 17,1% pendant la grossesse d'après l'enquête nationale périnatale 2010. La réduction du tabagisme est une priorité de santé publique. La communauté médicale sait que le tabagisme pendant la grossesse est identifié comme facteur de risque dans de nombreuses pathologies obstétricales, fœtales et pendant l'accouchement.

Quelles sont donc les connaissances des patientes sur le tabac et la grossesse ? Ce niveau de connaissance dépend-il de la sous-catégorie abordée (effets obstétricaux, fœtaux ou sur l'accouchement) ? Dépend-il du statut tabagique de la patiente ?

Matériel et Méthode : Nous avons donc réalisé une étude descriptive multicentrique. Les patientes ont été recrutées dans des services de suites de couches où un questionnaire anonyme leur a été proposé. 162 questionnaires ont été récupérés. Les réponses ont été analysées avec les logiciels R et Excel.

Résultats : Certaines idées reçues circulent encore chez les patientes mais semblent moins présentes qu'auparavant (traitements substitutifs nicotiques contre-indiqués pendant la grossesse par exemple). D'autre part, la plupart des femmes n'ont pas de connaissance complète sur les 3 sujets. Elles connaissent mieux les effets du tabac sur le fœtus : 60,1% en ont une connaissance incomplète. Sur le plan obstétrical, 60,9% des patientes ont une connaissance nulle, 39,1% une connaissance incomplète et aucune ne possède une connaissance complète. Concernant l'accouchement, il existe encore une grande méconnaissance des effets du tabac (97,8% des patientes n'ont pas de connaissance). Pour chacune des catégories, il n'existe pas de différence du niveau de connaissance en fonction du statut tabagique.

Mots-clés : Tabac, Grossesse, Connaissance, Femmes enceintes

Title and Abstract

Objective: According to outcomes of the national perinatal survey, smoking prevalence is 34.1 % in the general population and 17.1% during pregnancy. The reduction of smoking in general population is a public health priority. The medical community knows that smoking during pregnancy is identified as a risk factor in numerous obstetric, fetal pathologies and complications during delivery.

Which are the knowledges of patients on the subject of tobacco and pregnancy? Does the level of knowledge depend on the subcategory approached (obstetric, fetal or delivery effects)? Does it depend on the smoking status of the patient?

Methods: We realized a descriptive multicentric study in two obstetric units of two different levels. Patients were recruited in postpartum care unit, where an anonymous questionnaire was proposed to them. 162 questionnaires were retrieved. Answers were analyzed with R and excel software.

Results and conclusion: Certain preconceived ideas still circulate to the patients but seem less present than previously (nicotine replacement therapies contraindicated during pregnancy for example). Most of women don't have a complete knowledge on the 3 subjects. They know better tobacco effects on fetus: 60.1% have an incomplete knowledge. On the obstetric plan, 60.9% of the patients don't have knowledge, 39.1% have an incomplete knowledge and none possesses a complete knowledge. Concerning delivery, there is an important ignorance: 97.8% of the patients don't have any knowledge on the subject. For each category, there is no significant difference according to the smoking status of the patient.

Keywords: Tobacco, Pregnancy, Knowledge, Pregnant women

Introduction

Le tabagisme est un problème de santé publique ; en effet, il est source d'une morbi-mortalité importante dans la population générale. De nombreuses mesures législatives ont été mises en place afin de concourir à une baisse de sa prévalence. Pendant la grossesse, le tabagisme a des effets néfastes non seulement sur la femme enceinte mais aussi sur le fœtus. De plus il influence le déroulement de la grossesse.

Notre travail s'intéresse aux connaissances des femmes enceintes sur la grossesse et le tabac. Nous nous intéresserons en premier lieu à l'épidémiologie de ce sujet. Par la suite, nous ferons un point sur les mesures législatives mises en place au cours des années ainsi que sur les recommandations édictées par les autorités nationales de santé et les sociétés savantes. Nous étudierons également les connaissances médicales actuelles sur l'influence du tabac sur la grossesse, ainsi que les moyens de dépistage des patientes fumeuses et les méthodes d'aide au sevrage tabagique. Dans un deuxième temps, nous décrirons l'étude mise en place permettant de répondre à notre objectif et de tester nos hypothèses puis nous présenterons ses résultats. Enfin, nous discuterons les résultats obtenus à la lumière de l'état actuel des connaissances.

1 Contexte

1.1 Généralités

1.1.1 Définitions

L'OMS définit la dépendance comme un « *ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit)*⁽¹⁾. »

Les substances à l'origine d'une addiction peuvent être licites (tabac, alcool, médicaments psychotropes prescrits), ou illicites (cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines). L'addiction peut aussi être liée à un comportement (jeux d'argent, écrans, troubles du comportement alimentaire).

1.1.2 Epidémiologie

En France, l'addiction au tabac est une des plus fréquentes (avec l'alcool). La prévalence du tabagisme est de 34,1% et 28,2 % des français sont des fumeurs réguliers en 2014⁽²⁾. En Europe, la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes (à partir d'une cigarette par jour) varie de 10% à 20% selon les pays⁽³⁾. En France, la consommation de tabac pendant la grossesse a diminué entre 2003 et 2010 (17,1% en 2010 contre 21,8% en 2003)⁽⁴⁾.

Concernant les autres addictions, 19,7% des femmes enceintes déclarent avoir consommé au moins une fois de l'alcool pendant leur grossesse selon l'enquête périnatale nationale 2010. Concernant le cannabis, 1,2% des femmes déclarent en avoir consommé au moins une fois pendant leur grossesse⁽⁵⁾. Nous attirons l'attention sur le fait qu'il existe sûrement un biais de déclaration de ces comportements dans la mesure où ils sont fortement

déconseillés pendant la grossesse.

1.2 Le tabagisme, priorité de santé publique

1.2.1 Législation

Devant ce tableau en France, des mesures législatives ont été prises pour essayer de contrer ce phénomène : en premier lieu, la loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 interdit la publicité en faveur du tabac ou toute distribution gratuite⁽⁶⁾. Ensuite, la loi Evin n° 91-32 du 10 janvier 1991 fixe une teneur maximale de goudron dans la cigarette. Elle impose également aux fabricants de mentionner sur les paquets de cigarette la composition intégrale de celles-ci, d'appliquer un message sanitaire sur chaque paquet et prévoit des poursuites si les réglementations ne sont pas respectées⁽⁷⁾. Le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics⁽⁸⁾. Puis l'arrêté du 24 février 2015 insère sur les paquets un pictogramme destiné aux femmes enceintes⁽⁹⁾. Enfin, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (article 27) impose la neutralité des emballages de produits du tabac⁽¹⁰⁾. Cette loi étend également les droits de prescription des sages-femmes en permettant la prescription de substituts nicotiniques non plus seulement aux femmes, mais aussi à l'entourage de la femme pendant la grossesse et à celui de l'enfant pendant les 8 semaines du post-partum.

Pour appuyer ces mesures législatives, il y a également la mise en place en 2014 du Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) qui s'insère dans le plan cancer 2014-2019. Ce programme propose 3 axes : « *axe 1 : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac ; axe 2 : aider les fumeurs à s'arrêter ; axe 3 : agir sur l'économie du tabac* »⁽¹¹⁾. Dans ce cadre, nous pouvons citer l'initiative « mois sans tabac » mise en place en novembre 2016 pour la première fois en France (initiative comparable au « stoptober » en Angleterre).

1.2.2 Autorités nationales de santé

Ce thème du tabagisme en tant que véritable problème de santé publique est aussi repris par les autorités nationales de santé et a donné lieu à des recommandations pour la

pratique clinique.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le tabac de 2014 insistent sur le fait que : « *Il est recommandé que tous les intervenants de santé, ainsi que les futurs parents, prennent conscience des bénéfices de l'arrêt du tabac pour l'enfant à naître.* » (Grade A). Mais également : « *Si une grossesse survient avant l'arrêt de la consommation du tabac, il est recommandé d'encourager les femmes à arrêter de fumer le plus rapidement possible. Il est recommandé que les médecins prennent en charge les patientes ou les orientent au besoin vers un soutien plus structuré (TCC = thérapie cognitive et comportementale), afin de maximiser leur taux de succès d'arrêt.* » (Grade A)⁽¹²⁾. Ces recommandations se justifient au vu des effets néfastes du tabac sur la femme, la grossesse, le fœtus et l'accouchement. L'Entretien Périnatal Précoce (EPP) a été également mis en place dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité (plan de périnatalité 2005-2007). Il ne remplace pas les consultations de grossesse. Réalisé par une sage-femme, il est individuel ou bien réalisé en couple durant le premier trimestre de la grossesse. L'EPP a notamment pour but de réaliser « *une information précoce sur la prévention des facteurs de risque et des comportements à risque* » parmi lesquels se trouve le tabac⁽¹³⁾.

1.3 Mécanisme et physiopathologie des substances

Les deux principales substances toxiques contenues dans la fumée de cigarette et responsables des complications maternelles, fœtales et obstétricales sont le monoxyde de carbone et la nicotine. En plus des gaz liés à la combustion, la fumée contient de nombreuses substances irritantes et cancérigènes.

Le monoxyde de carbone (CO) se fixe sur l'hémoglobine avec une affinité 200 fois supérieure à celle de l'oxygène (O₂) pour l'hémoglobine (Hb). Il déplace donc l'O₂ du complexe HbO₂ et forme ainsi la carboxyhémoglobine (HbCO). Le CO passe la barrière placentaire avec une affinité supérieure pour l'hémoglobine fœtale par rapport à l'hémoglobine maternelle, ce qui implique un taux d'HbCO fœtal supérieur au taux maternel. La formation d'HbCO provoque une hypoxie fœtale dont les conséquences varient en fonction de la durée de l'exposition, de l'âge gestationnel et du taux d'HbCO maternel⁽¹⁴⁾.

La nicotine est la substance addictive présente dans la cigarette. Elle a une action psychostimulante. Elle active le système dopaminergique au niveau du système nerveux central. Elle agit également au niveau du muscle cardiaque et entraîne une vasoconstriction des artères coronaires, une augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle.

1.4 Complications

Nous remarquons que le tabac est un facteur de risque dans de nombreuses pathologies obstétricales et fœtales. L'information claire, loyale et adaptée doit être donnée aux patientes par les professionnels de santé.

1.4.1 Complications gynécologiques et obstétricales

Les fausses couches spontanées concernent 12% des grossesses et 25% des femmes⁽¹⁵⁾. Une méta-analyse a montré que le tabagisme actif était associé à une augmentation du risque de fausse couche spontanée (Risque Relatif (RR) = 1,23, Intervalle de Confiance (IC) 95% [1,16-1,30]). Ce risque augmente avec le nombre de cigarettes fumées par jour⁽¹⁶⁾.

La prévalence des Grossesses Extra-Utérines (GEU) en France est égale à 2%. Le fait d'être un ancien fumeur augmente déjà le risque de GEU (Odds Ratio ajusté (aOR) = 1,5, IC 95% [1,1-2,2])⁽¹⁷⁾. Le fait de fumer accroît également ce risque (OR = 1,43, IC 95% [1,10-1,86])⁽¹⁸⁾.

Le tabagisme favorise les décollements marginaux du placenta ainsi que les Hématomes Rétro-Placentaires (HRP)⁽¹⁹⁾. Selon une méta-analyse de 2006, il y a un OR égal à 1,8 (IC 95% [1,1-2,9]) chez les patientes fumeuses par rapport aux non-fumeuses⁽²⁰⁾ concernant la survenue d'un HRP. Ce résultat coïncide avec une étude plus ancienne qui avait retrouvé un OR égal à 1,9 (IC 95% [1,8-2,0])⁽²¹⁾. Cette association de l'HRP avec le tabac existe également dans le cadre du tabagisme passif : OR= 2,2 IC 95% [1,3-3,6] si le conjoint fume⁽²¹⁾.

Le tabagisme est également associé une augmentation de la Rupture Prématuration des Membranes (RPM). Fumer plus de 10 cigarettes par jour entraîne une augmentation du risque de RPM avant terme (37 SA) : OR= 5.28 (IC 95% [2.20-12.7]) avant 28 SA; OR=2.36 (IC

95% [1.09-5.11]) avant 32 SA; OR=1.97 (IC 95% [1.32-2.94]) avant 37 SA. Cela entraîne également une augmentation de risque de RPM à terme (après 37 SA) : OR=3.19 (IC 95% [0.92-11.0]). Les patientes qui fument 1 à 10 cigarettes par jour n'ont pas un risque augmenté de RPM par rapport aux non-fumeuses⁽²²⁾.

Le tabagisme est cité comme facteur de risque d'accidents thrombo-emboliques dans les recommandations de nombreuses sociétés savantes (Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF)⁽²³⁾, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)⁽²⁴⁾, American College of Clinical Pharmacy (ACCP), Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC), Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)). Il a en effet été démontré que le tabac augmentait le risque anténatal et postnatal d'accidents thromboemboliques : aOR= 2,1, IC 95% [1,3-3,4]. Ce risque ne serait pas significatif en dessous de 10 cigarettes par jour. En revanche, il est significativement plus élevé au-dessus de 10 cigarettes par jour, aOR=3,4, IC 95% [2,0-5,5]⁽²⁵⁾.

Le tabagisme augmente également la fréquence des placentas prævia : la fréquence chez les non-fumeuses est égale à 0,35% et chez les fumeuses il y a une fréquence à 0,48% ($p<0,01$)⁽²⁶⁾.

Concernant l'accouchement prématuré, le tabac est identifié comme un facteur de risque (OR=1,9 IC 95% [1,6-2]) par rapport aux patientes non-fumeuses⁽²⁷⁾. Le CNGOF a identifié la consommation de tabac comme seul facteur de risque modifiable de la prématurité spontanée. En effet, le sevrage tabagique est associé à une diminution de la prématurité spontanée (Niveau de Preuve 1 (NP1)). Il est donc recommandé chez les femmes enceintes fumeuses (grade A)⁽²⁸⁾. Une étude parue dans le Lancet avait déjà identifié le tabac comme facteur de risque de l'accouchement prématuré dans une analyse ayant pour objectif la planification de réduction du taux de prématurité⁽²⁹⁾.

1.4.2 Complications fœtales

Le tabagisme pendant la grossesse diminue le poids moyen de naissance, dans le cas d'un Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU), la sévérité est liée au degré d'intoxication par le CO. Comme nous l'avons dit précédemment, le CO de la fumée de cigarette traverse la

barrière placentaire pour se fixer sur l'hémoglobine fœtale. Le risque de RCIU est corrélé avec le nombre de cigarettes fumées, et avec la période pendant laquelle la patiente a fumé pendant sa grossesse. Le risque d'avoir un fœtus inférieur au 5^{ème} percentile est plus élevé si la patiente fume au troisième trimestre de la grossesse (aOR = 1,44 IC 95% [2,37-2,51]) par rapport à une patiente s'arrêtant de fumer au 1^{er} trimestre (aOR=1,25 IC 95% [1,17-1,33]) ou alors une patiente non fumeuse pendant la grossesse (le taux de fœtus avec un poids inférieur au 5^{ème} percentile est de 3,6%)⁽³⁰⁾. Une étude sur plus de 800 patientes avait déjà montré que le taux de CO expiré chez la femme enceinte était inversement proportionnel au poids de naissance des enfants ($p < 0,0001$)⁽³¹⁾.

Nous retrouvons le tabac comme facteur de risque de la Mort Fœtale In Utéro (MFIU). La prévalence mondiale de la MFIU est estimée autour de 2% et en France autour de 5/1000 naissances⁽³²⁾. Dans une méta-analyse, nous avons un risque relatif de MFIU de 1,36 (IC 95 % [1,27-1,46]) chez les patientes fumeuses en début de grossesse⁽³³⁾. Le tabagisme passif exposant aux mêmes composants toxiques que le tabagisme actif, il augmente également le risque de MFIU (OR=1.23, IC 95% [1.09-1.38])⁽³⁴⁾.

Il existe également des données concernant l'association entre le tabagisme actif et certaines malformations congénitales. Nous pouvons citer le risque de fentes labio-palatines (OR=1.368, IC 95% [1.259-1.486])⁽³⁵⁾ ainsi que certaines anomalies des doigts telles que la polydactylie ou bien la syndactylie. Concernant ces dernières, il existe une association significative et une relation dose-effet⁽³⁶⁾.

1.4.3 Complications lors de l'accouchement

Concernant l'accouchement, les effets du tabac ont été identifiés depuis longtemps. Pendant l'accouchement, le fœtus a d'autant plus besoin d'être correctement oxygéné afin de supporter les contractions utérines de travail. Or, nous avons vu précédemment que le tabac maternel (poursuivi pendant toute la grossesse et jusqu'à l'accouchement) entraînait la formation d'HbCO fœtale à la place d'HbO₂, ce qui provoque donc une hypoxie chez le fœtus. Le fœtus sera donc moins résistant s'il existe une cause d'hypoxie surajoutée.

De plus, le tabagisme maternel augmente le risque d'anomalies du Rythme Cardiaque

Fœtal (RCF), avec une réduction de la variabilité du rythme de base et des phases d'accélération. Ce risque de survenue d'anomalies du RCF augmente avec le taux de CO maternel⁽¹⁴⁾. Le tabagisme pendant la grossesse augmente le risque d'avoir un RCF préoccupant entraînant une césarienne ou une extraction instrumentale : OR=1,650 (IC 95% [1.341-2.022])⁽³⁷⁾.

1.4.4 Complications pédiatriques

Les effets du tabagisme parental continuent après la naissance de l'enfant. En effet, il augmente significativement le risque de mort inattendue du nourrisson de moins de 2 ans. Selon l'enquête de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) 2007-2009 sur la mort inattendue du nourrisson de moins de 2 ans, le tabagisme a été identifié comme facteur contributif dans 12,6% des décès non classés⁽³⁸⁾.

Une revue systématique de la littérature et une méta-analyse ont été conduites afin de déterminer l'effet de l'exposition du tabagisme maternel/paternel sur l'apparition d'une respiration sifflante, voire d'un asthme chez les enfants âgés de 6 mois, inférieur et supérieur à 6 ans. Le rôle de l'exposition prénatale au tabac a été confirmé. Concernant l'exposition postnatale, il est difficile de la séparer de l'exposition prénatale, aucune association n'a donc été clairement établie⁽³⁹⁾.

1.5 Outils de dépistage des patientes fumeuses

Devant les risques du tabac pour la femme enceinte, le fœtus, l'accouchement et l'enfant, dépister les patientes fumeuses et les accompagner dans leur sevrage tabagique, devient une priorité pour les professionnels de la périnatalité.

1.5.1 Déclaration

Le principal outil de dépistage dont nous disposons est la déclaration des patientes. Dans la plupart des dossiers de suivi de grossesse, une case est réservée aux addictions (tabac, alcool, drogue). Par exemple les dossiers AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie) distinguent la consommation de tabac

avant la grossesse et en cours de grossesse. La question concernant la consommation de tabac devrait donc être posée à chaque ouverture de dossier d'une patiente par le professionnel de santé. Cet outil de dépistage dispose malgré tout d'un biais de déclaration d'autant plus important que ces comportements sont fortement déconseillés pendant la grossesse. Les patientes peuvent donc cacher une conduite addictive par peur du jugement du professionnel de santé qui l'interroge, ou des conséquences (c'est alors fait consciemment). Ce biais de déclaration peut être inconscient lorsque la patiente ne se rend pas compte que son comportement est dangereux et nocif pour sa santé et celle de son enfant. Il faut également noter que si la question du tabac est généralement posée par les professionnels, celle du tabagisme passif ne l'est que très rarement. Or le tabagisme passif est également à risque de complications chez la femme enceinte, le fœtus et le nourrisson.

Une fois la conduite à risque dépistée, le professionnel de santé dispose d'un questionnaire qui permet d'estimer le degré de dépendance des patientes, il s'agit du test de Fagerström. Il est composé de 6 questions et permet d'obtenir un score entre 0 et 10. Un score entre 0 et 2 signifie qu'il n'y a pas de dépendance ; un score entre 3 et 4 traduit une dépendance faible ; si le score est entre 5 et 6, il y a une dépendance moyenne et un score entre 7 et 10 traduit une dépendance forte ou très forte⁽⁴⁰⁾.

1.5.2 Mesure du monoxyde de carbone expiré

La mesure du CO expiré est un moyen facile (et objectif) d'évaluer le degré d'intoxication tabagique et donc la qualité de l'oxygénation fœtale. La méthode de mesure du CO la plus simple est une méthode électronique :

« Après une inspiration retenue pendant 10 secondes, la femme expire lentement dans l'analyseur via un embout en carton placé au niveau d'un filtre anti-reflux. La concentration de CO exprimée en particules de CO par million de particules d'air (ppm) objective l'exposition des heures précédant la mesure »⁽¹⁴⁾

Une mesure entre 0 et 5 ppm est retrouvée chez les non-fumeurs. Chez les patientes fumant occasionnellement ou subissant un tabagisme passif, les valeurs se situent entre 5 et 10 ppm. Dans le cadre d'un tabagisme actif, les valeurs obtenues sont supérieures à 10 ppm :

entre 15 et 25 ppm pour 20 cigarettes par jour, et entre 50 et 80 ppm pour 60 cigarettes par jour⁽⁴¹⁾.

Cette mesure permet de concrétiser la nocivité du tabagisme pour la patiente, elle déclenche ou renforce la motivation pour l'arrêt lors du suivi prénatal. La normalisation des mesures répétées valorise le sentiment d'efficacité personnelle de la mère après l'arrêt du tabac. D'après les recommandations de la HAS concernant la grossesse et le tabac, la mesure du CO expiré semble pertinente à utiliser⁽⁴²⁾. Et selon les recommandations de 2014 sur le tabac : « *La mesure du CO expiré peut être utilisée avec l'accord du patient pour renforcer la motivation dans le respect de l'alliance thérapeutique, notamment chez les femmes enceintes (accord d'experts)* »⁽¹²⁾. En 2012, seulement 5% des maternités avaient un équipement optimal en CO testeurs (un CO testeur pour 200 accouchements) et 41% des maternités n'en avaient aucun⁽⁴³⁾.

Il a été établi que le taux de CO expiré est inversement proportionnel au poids de naissance, au périmètre crânien, à l'âge gestationnel, au score d'APGAR et est proportionnel au pourcentage de RCF anormaux pendant le travail. Ces résultats concordent avec les résultats cités précédemment⁽⁴⁴⁾. Cette mesure du CO expiré a montré qu'une patiente qui diminue son nombre de cigarettes fumées pendant la grossesse ne diminue pas forcément son taux de CO car il existe un phénomène d'auto-compensation et d'auto-titration en nicotine. Elle garde donc le même niveau d'intoxication pour elle-même et son fœtus⁽¹⁴⁾.

1.6 Interventions d'aide à l'arrêt du tabac

La revue systématique Cochrane de Lumley et Al. en 2009 a montré que les interventions d'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse réduisent la proportion de femmes qui continuent à fumer en fin de grossesse et réduisent les petits poids de naissance (<2500 kg) (RR=0,83 ; IC 95% [0,73-0,95]), et les naissances avant terme (RR=0,86 ; IC 95% [0,74-0,98])⁽⁴⁵⁾.

1.6.1 Thérapie cognitivo-comportementale

La première stratégie afin d'aider les patientes à arrêter de fumer est la stratégie

comportementale. En effet elle est associée à un arrêt du tabac significativement plus élevé par rapport aux patients ne bénéficiant que d'un conseil bref ou d'aucun conseil concernant le tabac⁽⁴⁶⁾.

L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) en 2011 propose la méthode des 5A pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer. Cette méthode inclut les étapes suivantes :

Ask (renseigner l'usage du tabac) : la patiente n'a jamais fumé, est une ancienne fumeuse, fume, ou il y a une notion de tabagisme passif.

Advise (conseiller d'arrêter de fumer) : donner un conseil d'arrêt et expliquer la nocivité du tabac.

Assess (évaluer la motivation à l'arrêt du tabac).

Assist (soutenir la tentative d'arrêt, renforcer la motivation) : informer la patiente sur les bénéfices de l'arrêt, les signes de manque.

Arrange (organiser le suivi) : orienter la patiente vers un professionnel de santé spécialisé dans la tabacologie⁽⁴⁷⁾.

1.6.2 Traitement pharmacologique

Nos patientes peuvent également bénéficier d'une aide pharmacologique pour les aider à arrêter de fumer. Les Traitements Nicotiques Substitutifs (TNS) sont autorisés chez la femme enceinte depuis 1997. Ils permettent d'éviter l'exposition aux autres composants de la cigarette (notamment le CO), et l'apport de nicotine permet de rendre l'arrêt du tabac plus confortable en évitant les signes de manque. La posologie des TNS est à adapter en fonction du degré de dépendance de la patiente. Ils sont recommandés par les autorités nationales de santé, même si à ce jour les études n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité du fait du nombre restreint d'études et du faible taux d'observance des patientes⁽¹²⁾. Ces TNS font partie du champ de prescription des sages-femmes auprès des femmes mais également auprès de l'entourage de la femme depuis 2016.

1.7 Connaissances des patientes

Nous sommes donc dans un contexte où la communauté médicale connaît déjà

beaucoup l'influence du tabac sur les différentes pathologies pendant la grossesse. Il existe également des moyens qui permettent d'aider les patientes dans le sevrage tabagique. Mais qu'en est-il des patientes ? Connaissent-elles les risques du tabac sur elles et leur fœtus pendant la grossesse ? En 2005, une étude sur 979 femmes s'est interrogée sur la perception du risque chez les patientes fumeuses. Les patientes répondaient vrai ou faux à des propositions. Les risques les plus reconnus étaient le petit poids de naissance et le risque d'accouchement prématuré⁽⁴⁸⁾.

En 2012, une étude sur 3 603 femmes enceintes ou ayant récemment accouché a été menée afin de connaître l'exposition, les connaissances et les perceptions des risques de ces femmes. Sur les risques encourus par la consommation de tabac, l'élément évalué était la première réponse (ou réponse spontanée) donnée par les femmes. Les patientes ne citaient donc que le risque qui leur semblait le plus important. La première réponse de ces femmes était : « *des problèmes respiratoires chez l'enfant* »⁽⁴⁹⁾.

Dans ces deux études, les réponses étaient guidées ou bien la méthode ne permettait pas de réaliser une évaluation exhaustive des connaissances des patientes.

2 Matériel et méthodes

2.1 Hypothèses et objectifs

2.1.1 Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des patientes sur les conséquences du tabac sur le plan obstétrical, fœtal et sur l'accouchement.

2.1.2 Hypothèses

En effet la connaissance des professionnels de santé concernant la grossesse et le tabac est assez développée. Les politiques de santé publiques des dernières années tendent à vouloir limiter l'entrée dans le tabagisme et à aider au sevrage tabagique. Dans cet environnement, il nous a semblé intéressant d'interroger les patientes sur leurs connaissances à propos du tabac afin de voir quelles informations elles retenaient. Suite à cet objectif, nous nous sommes demandé si des groupes de patientes avec des caractéristiques différentes avaient une connaissance similaire, et si le niveau de connaissance variait en fonction du thème abordé : le fœtus, la grossesse (au sens strict du terme) et l'accouchement. Nous avons donc posé les hypothèses suivantes :

- Les patientes connaissent mieux les effets du tabac sur le fœtus que les effets sur la grossesse et l'accouchement.
- Le niveau de connaissance de la patiente dépend de son statut tabagique (il différencierait selon que la patiente ait été ex-fumeuse, fumeuse durant la grossesse ou non-fumeuse).

2.2 Type d'étude

Pour répondre à ces hypothèses nous avons donc réalisé une étude observationnelle descriptive multicentrique. Nous avons rédigé un questionnaire à destination des patientes que nous avons distribué dans une maternité de niveau 3 et une maternité de niveau 2B.

L'enquête par questionnaire nous a permis de réaliser une étude quantitative et donc de collecter une quantité de données suffisantes afin de pouvoir réaliser des statistiques. Cette méthode a également permis de s'affranchir des biais de l'entretien. Par exemple, les altérations intentionnelles du chercheur-enquêteur qui modifie les réponses fournies, en oublie certaines, ou reformule des questions ; mais également les influences directement dues au chercheur-enquêteur comme son apparence, son ton de voix, son attitude, ses réactions aux réponses, ses commentaires effectués hors du contexte de l'entretien... Enfin nous avons évité les influences dues aux attentes du chercheur-enquêteur en fonction de l'apparence, de la situation de vie de l'informateur ou de ses réponses préalables.

2.3 Dérroulement de l'étude

2.3.1 Elaboration et test de l'outil

Après avoir élaboré notre questionnaire (Annexe 1), nous l'avons testé en premier lieu auprès de 3 patientes dans le Centre Hospitalier (CH) de type 2B (en septembre 2016). Elles l'ont rempli, puis nous avons récupéré leurs réponses et avons eu un entretien avec elles pour voir quelles questions étaient ambiguës et incompréhensibles. Cela nous a donc permis de voir les items et questions à modifier pour une meilleure compréhension des patientes, afin de pouvoir interpréter les réponses par la suite.

2.3.2 Recrutement de la population

Les CH sélectionnés prennent en charge un grand nombre de patientes avec des situations médicales variées. Un des CH avait une équipe de liaison en addictologie présente sur un autre site que celui de la maternité. L'autre CH bénéficiait dans son équipe d'addictologie, d'une sage-femme tabacologue réalisant des consultations et des entretiens.

Notre population cible était la population générale des femmes enceintes. Nous avons également fait le choix de proposer notre questionnaire aux patientes en suites de couches afin que les patientes aient eu tout le temps de la grossesse pour avoir connaissance des effets du tabac. Cela n'aurait pas été le cas en consultations où les patientes arrivent à des termes plus ou moins précoces et nous n'aurions pas pu atteindre les patientes suivies en ville.

Les patientes ont été recrutées dans les services de suite de couches entre J1 et J5-6 de leur accouchement (par voie basse ou par césarienne). Les patientes devaient parler français, savoir lire et écrire, être majeures, avoir accouché d'un enfant à terme (supérieur ou égal à 37 SA). Toute patiente ne souhaitant pas participer, ayant subi une MFIU, ou une interruption médicale de grossesse, ou dont l'enfant était hospitalisé en néonatalogie était exclue de l'étude.

Lorsque les patientes ont été sollicitées, le but de notre étude ainsi que la possibilité de refus de participation étaient explicités par oral et par écrit. La participation des patientes était donc volontaire et anonyme. Aucune donnée recueillie ne permettait d'identifier à posteriori la patiente ayant répondu au questionnaire. Nous souhaitions réaliser une analyse statistique de nos données, pour cela nous avons besoin d'un nombre de questionnaires remplis supérieur à 100.

2.3.3 Collecte des données

Le recueil de données a été effectué entre le 8 octobre et le 17 décembre 2016. Les questionnaires étaient proposés lors du séjour des patientes en suite de couches aux accouchées répondant aux critères d'inclusion. Ils ont été distribués par la même personne afin que l'information délivrée soit identique pour toutes les patientes. A chaque fois, ils ont été proposés aux femmes et récupérés le lendemain afin de leur laisser le temps de répondre. Les jours de la semaine pendant lesquels les patientes ont été recrutées étaient choisis aléatoirement.

2.3.4 Analyse des données

Les réponses des questionnaires ont été traitées par le logiciel Excel, ce qui a permis de réaliser une analyse descriptive de la population afin de pouvoir la comparer à la population générale. Parmi les données, les variables quantitatives ont été analysées avec une moyenne, une médiane et un écart-type. Les variables qualitatives ont été analysées grâce à des pourcentages (pour des effectifs supérieurs à 100) et des effectifs (pour un effectif inférieur à 100). Concernant la réalisation de tests statistiques, le test du Chi 2 a été utilisé pour les variables qualitatives quand les conditions d'application ont été validées. Sinon le test de Fisher a été utilisé. Ces tests ont été calculés avec le logiciel « R ». L'hypothèse nulle : « les

deux variables sont indépendantes » est rejetée lorsque la probabilité alpha est inférieure ou égale à 0,05. La différence est significative lorsque $p \leq 0,05$.

La dernière partie de notre questionnaire comprenait 3 questions ouvertes. L'analyse de ces résultats a été réalisée selon une méthode qualitative : elle consiste à découper, classer, comparer et confronter les réponses des personnes interrogées. L'analyse de contenu a ainsi permis d'étudier les réponses aux questions ouvertes en repérant des grands thèmes et en effectuant des croisements, afin d'obtenir d'une part des récurrences dans les discours et voir apparaître les groupes d'idées les plus forts, et d'autre part les spécificités et les exceptions discursives.

2.4 Considérations éthiques et réglementaires

Les questionnaires étaient anonymes sans possibilité d'identifier les patientes ayant répondu. L'autorisation des chefs de service et cadres de pôles requise a été obtenue afin de distribuer ces questionnaires. Les patientes étaient informées par oral et par écrit sur le questionnaire du but de l'étude, de la garantie de leur anonymat et de leur possibilité de refuser de participer à notre étude. Les informations recueillies et nos bases de données sur le logiciel Excel seront effacées une fois l'étude et la soutenance terminées.

3 Résultats

L'étude s'est déroulée dans deux maternités publiques de type 2 et 3 dans le département des Yvelines.

3.1 Description générale de la population d'étude

3.1.1 Diagramme des flux

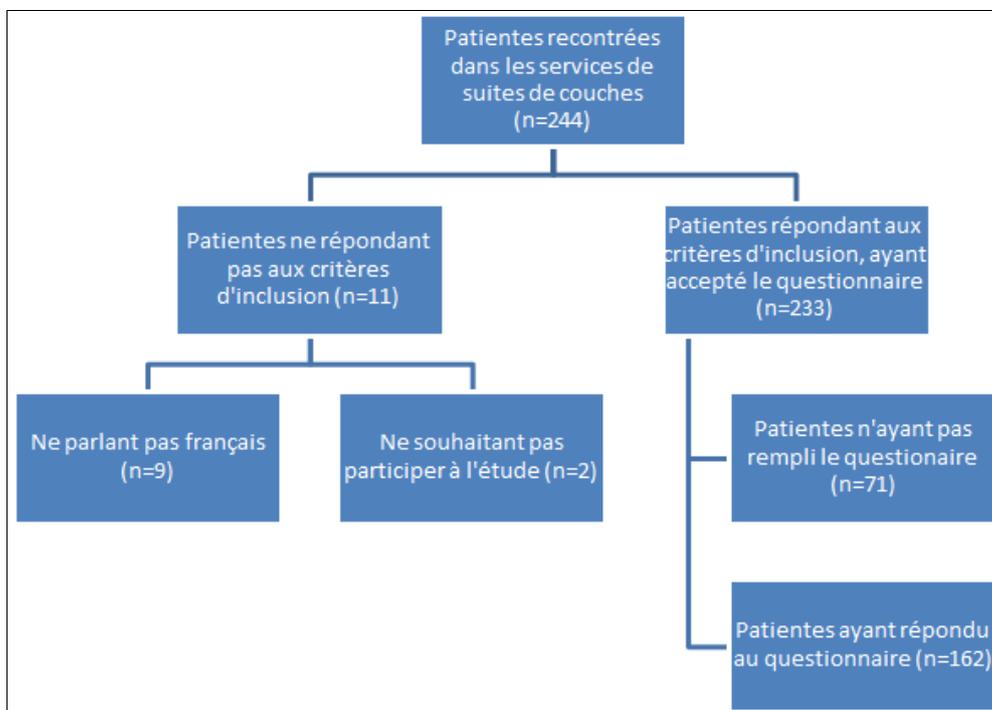


Figure 1 : Diagramme des flux

Toutes les questions n'ont pas été remplies dans tous les questionnaires. Lorsque le taux de non-réponses était inférieur à 20% nous avons enlevé les non-réponses et avons recalculé les pourcentages sur la population restante. Pour la question 11 (« *Quel(s) outil(s) souhaiteriez-vous avoir à votre disposition pour obtenir des informations ? (réponse libre)* »), nous avons eu un taux de non-réponses de 87%. Son analyse n'étant pas nécessaire pour répondre à notre objectif principal et nos objectifs secondaires, nous avons choisi de ne pas l'analyser.

3.1.2 Caractéristiques socio-démographiques et tabacologiques

Notre population est décrite dans le tableau ci-dessous :

		Total n (%) m ± sd - med
Caractéristiques maternelles		162 (100,0)
Age		157 (96,9)
	< 25	16 (10,2)
	25 – 29	50 (31,8)
	30 – 34	47 (29,9)
	≥ 35	44 (28,)
Gestité		2,2 ± 1,0 - 2
Parité		1,8 ± 0,7 - 2
	<i>Primipares</i>	74 (45,7)
	<i>Multipares</i>	88 (54,3)
Niveau d'étude		158 (97,5)
	< <i>baccalauréat</i>	32 (20,3)
	= <i>baccalauréat</i>	30 (19,0)
	> <i>baccalauréat</i>	96 (61,0)
Situation professionnelle		154 (95,1)
	<i>Chômage</i>	18 (11,7)
	<i>Femme au foyer</i>	20 (13,0)
	<i>Emploi</i>	116 (75,3)
Caractéristiques tabacologiques		
Statut tabagique		162 (100,0)
	<i>Non-fumeuse</i>	121 (74,7)
	<i>Ex-fumeuse</i>	16 (9,9)
	<i>Fumeuse</i>	25 (15,4)
Interrogatoire		148 (91,4)
	<i>Interrogée sur statut tabagique</i>	107 (72,3)
	<i>Non interrogée</i>	41 (27,7)
Information reçue sur tabac		151 (93,2)
	<i>Aucune</i>	59 (39,1)
	<i>Présente</i>	92 (60,9)
Sources d'information des patientes		92 (100)
	<i>Professionnels de santé</i>	60 (65,2)
	<i>Entourage</i>	31 (33,7)
	<i>Internet</i>	35 (38,0)
	<i>Plaquette d'information</i>	35 (38,0)
	<i>Autre</i>	6 (6,5)

Tableau 1 : Description de la population d'étude

Parmi les patientes fumeuses (n=25), 7 d'entre elles se sont vues proposer un entretien avec un médecin ou une sage-femme tabacologue. Chez ces femmes, 20 envisageaient un arrêt, 10 ont réussi un sevrage tabagique complet. 14 des 25 femmes n'ont pas arrêté de fumer, et 1 patiente n'a pas indiqué l'évolution de sa consommation de tabac pendant la grossesse.

Parmi les 14 patientes n'ayant pas arrêté le tabac, toutes ont réduit leur consommation.

Parmi les 10 patientes ayant arrêté, toutes l'ont fait au 1^{er} trimestre de la grossesse, invoquant comme aide les nausées/vomissements de début de grossesse. Toutes souhaitent prolonger ce sevrage au-delà de la période de la grossesse.

12 patientes parmi les patientes ex-fumeuses (n=16), ont arrêté en vue d'une prochaine grossesse. Aucune d'elles n'envisage une reprise tabagique.

3.2 Principaux résultats

3.2.1 Connaissances générales sur le tabac pendant la grossesse

Voilà les premières réponses des patientes concernant certaines idées reçues sur le tabac pendant l'état de grossesse :

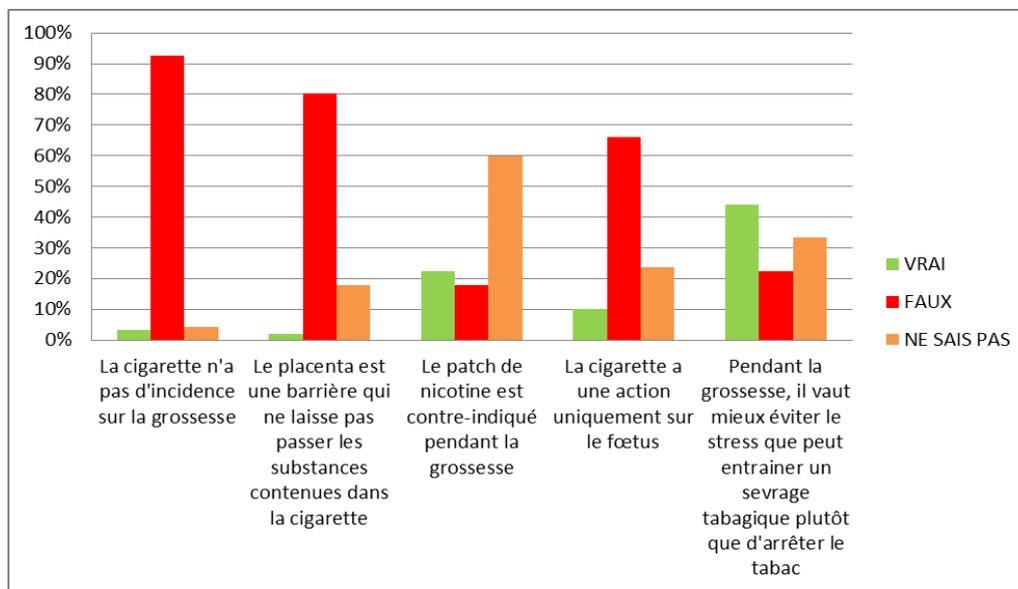


Figure 2 : Connaissances générales sur le tabac (n=147)

Nous remarquons que 15 patientes n'ont pas répondu à ces questions.

3.2.2 Connaissances des patientes sur les effets du tabac sur un plan obstétrical

Voici les différents thèmes cités par les patientes concernant leurs connaissances sur les effets du tabac sur le plan obstétrical :

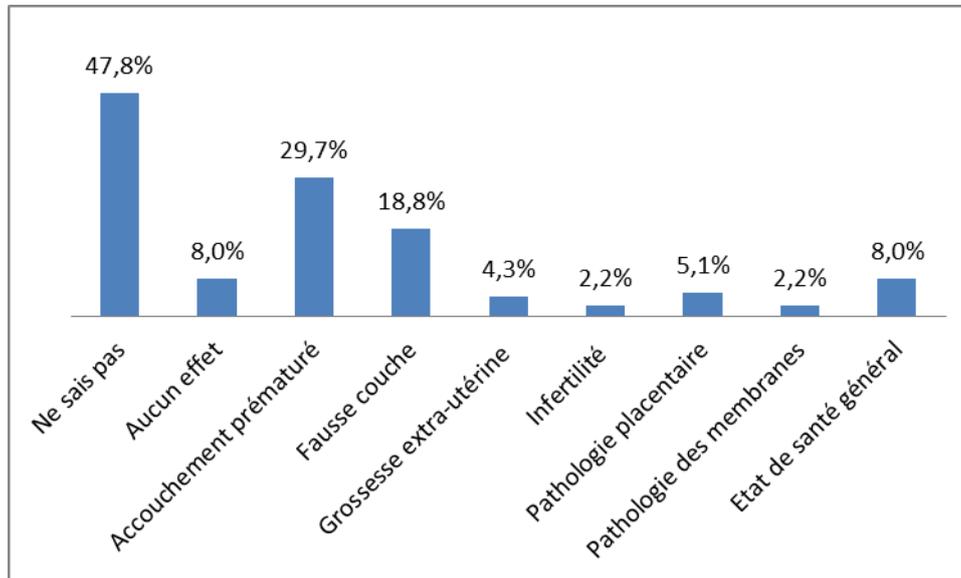


Figure 3 : Liste des effets du tabac sur le plan obstétrical (n=138)

Dans la catégorie « état de santé général » (n=11), les patientes énonçaient « l'hypertension » (n=4), « le stress », « la fatigue » et les « les problèmes respiratoires comme l'essoufflement par exemple » (n=9).

Les pathologies placentaires étaient évoquées ainsi : « le placenta vieillit trop vite », il y a « une mauvaise irrigation ». Une patiente a noté : « ça donne des saignements ». Une autre patiente a cité qu'il pouvait y avoir un « décollement prématuré du placenta ».

Concernant les membranes, les deux patientes ont cité la « rupture prématurée des membranes ».

Des patientes ont exprimé le risque augmenté de « grossesse extra-utérine » ou bien le « risque que le fœtus s'implante au mauvais endroit ». Des patientes ont formulé le risque « d'accouchement prématuré », d'autres ont exprimé le risque de « prématurité ». 24 patientes n'ont pas répondu à la question.

3.2.3 Connaissances des patientes sur les effets du tabac sur le fœtus

Les réponses données par les patientes sont regroupées ci-dessous :

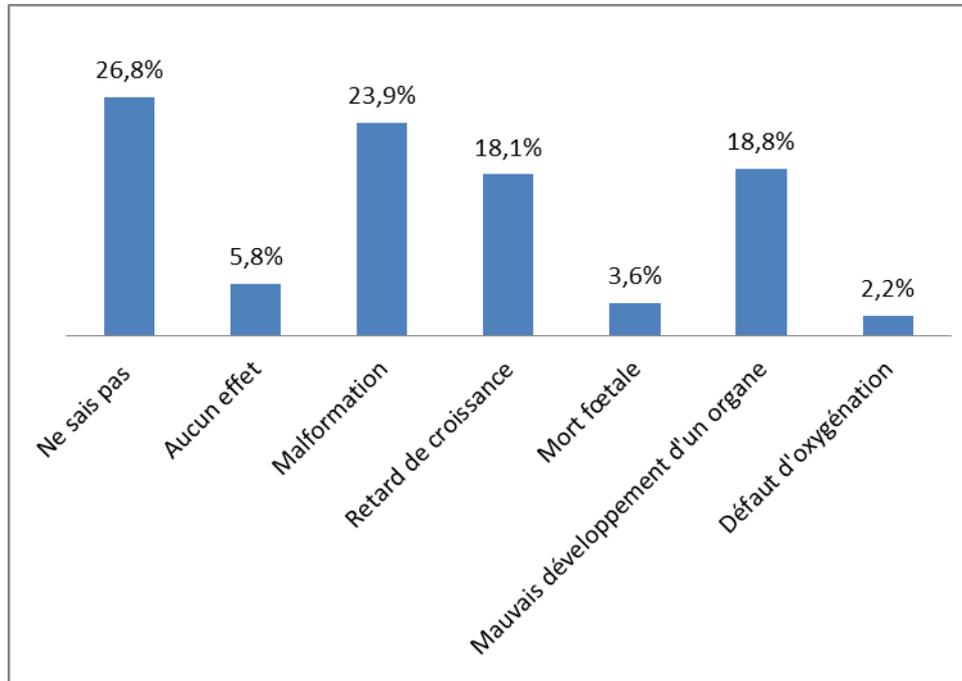


Figure 4 : Liste des effets du tabac sur le fœtus (n=138)

La notion de retard de croissance était exprimée par les patientes soit par ce terme médical mais aussi par les termes : « *petit poids* », « *fœtus plus petit* », « *croissance retardée* ». Les organes touchés par un mauvais développement dû au tabac seraient, selon les patientes, le cœur, les poumons et le cerveau. 24 patientes n'ont pas répondu à cette question.

Dans cette rubrique, les patientes ont également cité des effets du tabac sur le nouveau-né tels que le syndrome de sevrage, la mort inattendue du nourrisson, les effets respiratoires comme l'asthme. Nous ne développerons pas ce point qui ne fait pas partie de notre sujet.

3.2.4 Connaissances des patientes sur les effets du tabac pendant l'accouchement

Ci-dessous, voici les connaissances des patientes sur les effets du tabac au moment de l'accouchement :

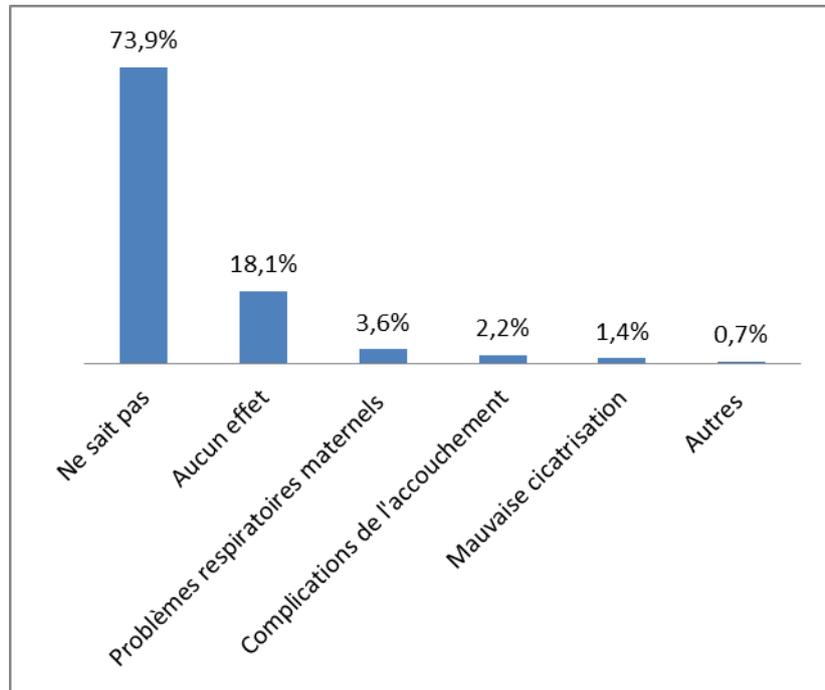


Figure 5 : Liste des effets du tabac sur l'accouchement (n=138)

Parmi les complications, les patientes ont noté que « *le bébé est plus faible pour supporter l'accouchement* », que l'accouchement est « *plus difficile* » sans préciser les détails. Les réponses des patientes regroupées sous le thème « problèmes respiratoires maternels » étaient évoquées par les patientes comme des problèmes de souffle durant les efforts expulsifs. 24 patientes n'ont pas répondu à cette question.

3.3 Autres analyses

3.3.1 Niveau de connaissance des patientes sur le tabac et la grossesse

Nous avons pu, suite à l'analyse de contenu qualitative, évaluer le niveau de connaissances des patientes sur les 3 thèmes détaillés précédemment :

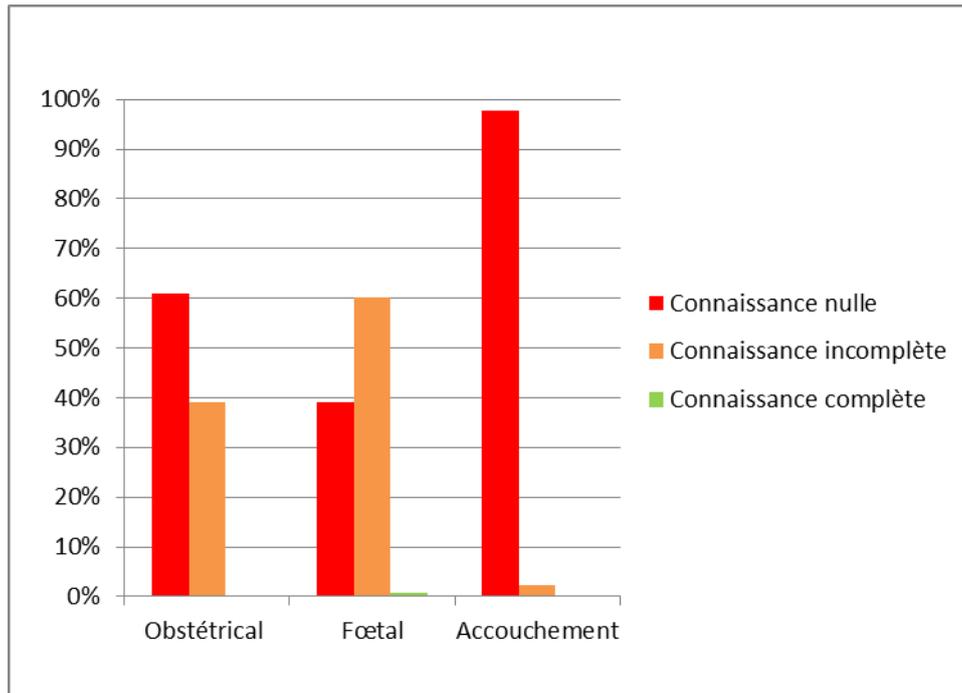


Figure 6 : Niveau de connaissances des effets du tabac (n=138)

Nous entendons par « connaissance complète » une patiente ayant cité tous les effets du tabac sur le thème demandé (obstétrical, foetal ou sur l'accouchement) trouvés dans la littérature. La connaissance est incomplète lorsqu'il manque au moins un effet. La connaissance est nulle lorsque la patiente n'a cité aucun effet, lorsqu'elle a répondu « *je ne sais pas* », ou bien lorsque qu'aucun des effets cités n'était correct.

3.3.2 Niveau des connaissances obstétricales selon le statut tabagique

Voilà le tableau présentant le niveau de connaissances des patientes sur les effets obstétricaux du tabac en fonction de leur statut tabacologique :

Statut tabagique n (%)	Non-fumeuse 101 (73,2)	Ex-fumeuse 13 (9,4)	Fumeuse 24 (17,4)
Connaissance Nulle	65 (64,4)	6 (46,2)	13 (54,2)
Incomplète	36 (35,6)	7 (53,8)	11 (45,8)
Complète	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

$p = NS$

Tableau 2 : Niveau des connaissances obstétricales selon le statut tabagique (n=138)

Comme dit précédemment, les tests statistiques ont été effectués sur les données disponibles. Les taux de non-réponse étant inférieur à 20% dans chaque catégorie, les pourcentages ont été calculés sur les effectifs ayant répondu aux questions. Les conditions d'application étant respectées, le test du Chi2 a été utilisé.

3.3.3 Niveau des connaissances fœtales selon le statut tabagique

Ci-dessous, nous présentons le niveau de connaissances des patientes sur les effets du tabac sur le fœtus en fonction de leur statut tabacologique :

Statut tabagique n (%)	Non-fumeuse 101 (73,2)	Ex-fumeuse 13 (9,4)	Fumeuse 24 (17,4)
Connaissance			
Nulle	46 (45,5)	2 (15,4)	6 (25,0)
Incomplète	54 (53,5)	11 (84,6)	18 (75,0)
Complète	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>p = 0,06 (NS)</i>			

Tableau 3 : Niveau des connaissances fœtales selon le statut tabagique (n=138)

Les conditions d'application du test du chi2 n'étant pas respectées, le test de Fisher a été utilisé.

3.3.4 Niveau des connaissances sur l'accouchement selon le statut tabagique

Le niveau de connaissances sur les effets du tabac sur l'accouchement est le suivant :

Statut tabagique n (%)	Non-fumeuse 101 (73,2)	Ex-fumeuse 13 (9,4)	Fumeuse 24 (17,4)
Connaissance			
Nulle	98 (97,0)	13 (100,0)	24 (100,0)
Incomplète	3 (3,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Complète	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>p = NS</i>			

Tableau 4 : Niveau de connaissance sur l'accouchement selon le statut tabagique (n=138)

Les conditions d'application du test du chi2 n'étant pas respectées, le test de Fisher a été utilisé.

Discussion

3.4 Résumé des principaux résultats

92,5% des patientes s'accordent sur le fait que le tabac a une incidence sur la grossesse et 80,3% pensent que le tabac passe la barrière placentaire. Dans notre échantillon, 66,0% sont conscientes que le tabac n'a pas seulement une action sur le fœtus. Concernant le plan obstétrical, 47,8% ne peuvent pas citer les effets du tabac et 8,0% pensent que le tabac n'a aucun effet. Les réponses revenant le plus souvent sont : l'accouchement prématuré (29,7%) et les fausses-couches (18,8%) qui sont des conséquences retrouvées dans la littérature. Quelques réponses ont été données sur l'influence du tabac sur l'état de santé général des patientes, non spécifique de la grossesse.

Sur le plan fœtal, 5,8% pensent que le tabac n'a aucun effet, 26,8% savent que le tabac a une influence mais ne connaissent pas ses effets. Les réponses revenant le plus souvent chez les patientes sont : le risque de malformation (23,9%), le risque de mauvais développement d'un organe (18,8%). Avec un pourcentage similaire, le retard de croissance est également cité (18,1%). La mort fœtale est présente dans 3,6% des réponses.

73,9% des patientes ne sont pas en mesure de citer les conséquences du tabac sur l'accouchement, bien qu'elles sachent qu'il y en a. 18,1% des patientes pensent qu'il n'y a aucun effet sur l'accouchement. Les autres réponses sont avec des pourcentages faibles : essoufflement lors des efforts expulsifs (3,6%), complications de l'accouchement (2,2%).

Notre principale constatation est qu'il existe bien une différence de connaissance selon les sujets abordés. Nous avons mis en lumière la méconnaissance de la majorité des patientes en particulier sur les effets du tabac sur l'accouchement (97,8%) ainsi que sur les effets obstétricaux (60,9%). D'autre part, les connaissances des patientes sur le plan fœtal sont en majorité partielles (60,1%). Parmi les questions sur le tabac, un certain nombre de femmes n'ont pas répondu (15 pour les questions à choix multiples et 24 pour les 3 questions ouvertes). Il est possible que ces patientes n'aient pas répondu à cause du fait qu'elles

n'avaient pas les connaissances (et ce, malgré la possibilité explicitée sur le questionnaire de répondre « *je ne sais pas* »). Quoi qu'il en soit, la proportion de patientes ne connaissant pas les effets du tabac sur la grossesse est probablement plus importante que les résultats que nous avons obtenus.

Concernant l'influence du statut tabagique sur la connaissance des effets du tabac sur le plan obstétrical et sur l'accouchement, l'analyse statistique montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les différents groupes. Dans le cadre de la connaissance des effets du tabac sur le plan fœtal, il n'y a pas de différence significative dans notre population d'étude ($p=0,06$).

3.5 Discussion des résultats et comparaison à la littérature

3.5.1 Population d'étude

Notre population d'étude était composée de 162 patientes. Nous avons une répartition d'âge comparable à celle de la population générale selon l'Enquête Nationale Périnatale 2010 (ENP)⁽⁵⁾. Le taux de nouvelles primipares était de 45,7% et celui des multipares était de 54,7%. Les taux sont également comparables à ceux de l'ENP 2010 (43,5% de nullipares –ou nouvelles primipares- car l'enquête a été menée en suites de couches comme la nôtre et 56,5% de multipares). Concernant la situation professionnelle des patientes en fin de grossesse, le taux de chômage est comparable à celui de l'ENP 2010 (11,7% vs 10,0%). En revanche nous avons un taux plus élevé de patientes ayant un emploi et moins élevé des patientes qui sont femmes au foyer. Mais en 7 ans, la situation professionnelle en France a changé, il serait plus judicieux de comparer avec les résultats de l'ENP 2016. Seulement, les résultats de l'ENP de 2016 n'étant pas encore publiés, nous avons dû comparer nos résultats à ceux de l'ENP 2010. De plus, le lieu où nous avons réalisé notre étude (département du 78) n'est pas représentatif de la population française. Concernant les caractéristiques tabacologiques de notre population d'étude, nous avons 74,4% de non-fumeuses et 9,9% d'ex-fumeuses (donc 84,3% de patientes ne fumant pas juste avant la grossesse). Ce taux de non-fumeuses est plus élevé que celui de la population nationale et n'est donc pas comparable à la population au niveau national. En effet nous pouvons penser que notre échantillon de population (habitant les

Yvelines) est plutôt favorisé en comparaison à d'autres départements. Or nous connaissons l'existence des inégalités sociales face au tabagisme. D'après le baromètre santé 2010 de l'Institut National de Prévention et d'Education (INPES, faisant maintenant partie de Santé Publique France) les plus diplômés sont souvent moins fumeurs et le tabagisme est plus important chez les chômeurs(50).

Le taux de consommation de tabac durant la grossesse dans la population générale est de 17,8% et de 22,1% dans le Bassin Parisien Ouest selon l'ENP 2010. Le taux de fumeurs pendant la grossesse lors de notre étude est de 15,4% ce qui est moins élevé. Les résultats obtenus dans notre étude ne sont donc pas généralisable à l'ensemble de la population française. Cette différence peut s'expliquer de différentes manières, ces raisons étant complémentaires. D'une part, notre échantillon de population n'est pas assez important. De plus, comme nous l'avons dit précédemment, la population que nous avons étudiée a probablement des caractéristiques socio-professionnelles différentes. Nous pouvons également évoquer le fait que notre enquête était circonscrite à des maternités du service public ayant une équipe d'addictologie disponible pour aider les patientes dans leur sevrage tabagique ce qui n'est pas représentatif de l'offre hospitalière en France (composée de maternités publiques et privées de différents niveaux). Une des deux maternités réalisait la mesure du CO expiré à toutes les patientes venant pour une consultation de suivi de grossesse. Or nous avons vu précédemment que 41% des maternités en France n'étaient pas équipées d'un tel dispositif.

3.5.2 Dépistage du statut tabagique et information des patientes

La question de la connaissance des patientes nécessite également d'avoir un minimum de renseignements sur le dépistage du statut tabagique et la présence ou non d'une information sur la grossesse et le tabac.

72,3% des patientes ayant répondu déclarent qu'un professionnel de santé leur a posé la question du statut tabagique durant leur grossesse. Le suivi de grossesse des patientes interrogées a été fait aussi bien en ville qu'à l'hôpital, avec des médecins généralistes, des gynécologues-obstétriciens ou bien des sages-femmes. Cette proportion ne semble pas très importante, en effet, cette question fait partie de l'interrogatoire des patientes et doit être

inscrite sur le dossier de maternité où il existe un emplacement réservé à cette information. Ainsi nous voyons que cette consommation de tabac est aussi importante qu'un autre antécédent de la patiente, car il influence le déroulement de la grossesse. Il peut y avoir un biais de mémoire des patientes qui oublient que cette question leur a été posée (en effet, les questionnaires ont été distribués en suites de couches), ou bien il s'agit réellement d'un manque de dépistage des patientes fumeuses par les professionnels de santé.

60,9% des patientes disent avoir reçu une information sur le tabac et la grossesse (plus précisément 84,0% des patientes fumeuses, 33,3% des ex-fumeuses et 55,3% des non fumeuses). Les patientes identifiées comme fumeuses sont donc significativement plus informées ($p=0,02$) que les autres patientes. La majorité des patientes qui ont été informées l'ont été par les professionnels de santé (65,2%). Cette donnée confirme le fait que les professionnels de santé sont les premiers acteurs de l'information donnée aux patientes et donc les premiers acteurs de la connaissance des patientes sur la grossesse et le tabac. 38% des patientes ont répondu avoir eu une information via une plaquette (disposée notamment dans les salles d'attentes des cabinets médicaux ou dans les hôpitaux). Concernant les autres sources d'informations, Internet est cité dans 38% des cas et l'entourage par 33,7% des patientes. Il faut être vigilant sur le fait que l'entourage peut véhiculer des idées reçues fausses. Internet est aussi un lieu où les patientes peuvent recueillir des informations sur toutes sortes de sites non médicaux (forums par exemple). Ces deux dernières sources doivent donc être utilisées avec prudence car l'information délivrée ne peut pas être contrôlée.

Parmi les 25 patientes fumeuses seulement 7 ont eu une proposition de rencontre avec un médecin ou une sage-femme tabacologue. Il existe un manque de dépistage des patientes fumeuses mais également un manque d'orientation vers les professionnels spécialistes. Or l'orientation vers des spécialistes permet une aide plus efficace concernant le sevrage tabagique chez les patientes qui le souhaitent, l'accompagnement doublant les chances d'arrêt. Ce manque d'orientation peut refléter un manque de connaissance des professionnels concernant les ressources à leur disposition (équipes de liaison en addictologie, médecins et sages-femmes tabacologues, Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)). En effet une bonne orientation nécessite une bonne connaissance du réseau ville-hôpital.

Parmi les patientes ayant réussi leur sevrage tabagique, toutes l'ont réussi au premier trimestre, il s'agit probablement d'un biais lié à un effectif de patientes fumeuses pas assez important. En effet, dans l'ENP 2010, 81,2% des patientes ont arrêté leur consommation au 1^{er} trimestre de la grossesse, 8,6% au 2^{ème} trimestre et 1,6% au 3^{ème} trimestre⁽⁵⁾.

3.5.3 Connaissances générales sur le tabac et la grossesse

La majorité des patientes (92,5%) est consciente que la cigarette a un effet sur la grossesse en général. En effet, cette idée est maintenant largement répandue dans la population générale. Il y a eu plusieurs campagnes de sensibilisation à ce problème de santé publique menées par l'organisme Santé Publique France. Le tabac passe la barrière placentaire d'après 80,3% des patientes, les effets ne portent pas essentiellement sur le fœtus (66,0%), mais qu'arrive-t'il ensuite? C'est là que les connaissances des patientes sont moins détaillées et précises.

Si ces idées sont maintenant bien répandues, de fausses idées ou bien un manque de connaissances circulent toujours. Par exemple, le patch de nicotine comme aide au sevrage tabagique est autorisé chez la femme enceinte depuis 1997. Nous savons que les substituts nicotiques permettent de limiter le craving, c'est-à-dire l'envie irrésistible de consommer une substance. Dans notre étude, 22,4% des patientes pensent que le patch à la nicotine est contre-indiqué pendant la grossesse et 59,9% ne savent pas s'il peut être utilisé ou non pendant la grossesse. Ces résultats sont différents d'une étude menée en 2012, dans laquelle 53,8% des patientes pensaient que les traitements de substitution nicotique étaient contre-indiqués⁽⁴⁹⁾. Cette étude est plus ancienne que celle que nous avons menée : la différence mise en évidence peut donc être le résultat d'une évolution des connaissances. Durant cette période des campagnes de sensibilisation ont été diffusées dans les médias (publicités pour « Tabac Info Service », pour les substituts nicotiques eux-mêmes...), le PNRT a été mis en place. Tout cela a pu contribuer à l'information des professionnels de santé et des patientes. Malgré cette évolution, la méconnaissance de la possibilité d'utiliser les substituts nicotiques est importante. Elle peut avoir comme conséquence une peur du sevrage tabagique chez les patientes fumeuses, notamment une peur d'être stressée, souvent confondue avec la peur de ressentir un manque. Une autre idée reçue répandue dans la population générale est qu'il vaut mieux continuer à fumer pendant la grossesse plutôt que

d'arrêter, et ceci pour ne pas être stressée. Cette croyance existe encore chez les patientes. Dans notre étude, 44,2% pensent que c'est vrai et 33,3% ne savent pas si c'est vrai ou faux. Ce résultat est également différent de l'étude précédemment citée dans laquelle 78,2% des patientes pensaient cela⁽⁴⁹⁾. Tout comme sur les substituts nicotiques, l'opinion publique a donc évolué sur ce sujet. Nous savons maintenant que chaque cigarette fumée a un impact sur la grossesse et le fœtus, en réduisant le taux d'oxygène disponible pour la mère et l'enfant. De plus, lors d'une réduction du nombre de cigarettes fumées, il existe un phénomène d'auto-titration qui fait que la patiente réduit le nombre de cigarettes fumées mais pas la quantité de CO absorbée⁽¹⁴⁾. Il y a donc un bénéfice sur le plan comportemental, mais l'intoxication reste identique.

Malgré ces résultats encourageants, il faut continuer à faire évoluer les mentalités des professionnels de santé ainsi que celles des patientes. Pour cela la communauté médicale doit délivrer un message plus cohérent. Par exemple, lorsqu'une femme enceinte fumeuse a diminué sa consommation de tabac par deux (en passant de 10 à 5 cigarettes par jour), il est important de la féliciter mais il faut aussi insister sur le fait que son effort doit tendre à arrêter complètement la cigarette. Seul cet arrêt complet lui permettra de ressentir les réels bénéfices pour sa santé et celle de son enfant. En revanche lorsqu'un médecin ou une sage-femme ne fait que féliciter sa patiente sans aller plus loin, cette dernière peut y voir une sorte de « validation » de ce comportement à risque de la part du professionnel de santé. Cette cohérence dans le message destiné aux patientes passe par la formation initiale des nouveaux professionnels mais aussi par la formation continue de ceux déjà diplômés.

3.5.4 Connaissances des patientes sur les risques obstétricaux du tabac

D'après nos résultats, 60,9% des patientes ne connaissent aucun effet du tabac sur le plan obstétrical. 78,5% d'entre elles savent qu'il existe des risques dûs à la consommation de tabac mais ne sont pas en mesure de les citer. Il faut souligner que parmi ces patientes ayant une connaissance nulle, 8,0% pensent que le tabac n'entraîne aucune complication sur le plan obstétrical. Concernant le détail des connaissances sur le plan obstétrical, l'accouchement prématuré est le premier à être cité dans 29,7% des cas, s'ensuivent ensuite les risques de

fausse couche et de GEU (respectivement 18,8% et 4,3%). Ce risque d'accouchement prématuré est donc relativement bien connu des patientes. Il a été étudié par le CNGOF et a fait l'objet de nouvelles recommandations sur la prévention de la prématurité spontanée en décembre 2016. Le risque de fausse couche est également bien identifié. En revanche le risque de GEU n'est presque pas cité par les patientes, or cette pathologie est à l'origine d'une morbidité et d'une baisse de la fertilité importante (hémorragies, salpingectomies...). Dans l'étude publiée dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH), l'élément évalué était la réponse spontanée des patientes à la question du risque du tabac pendant la grossesse. Cette méthode implique que les patientes ne peuvent donner qu'une seule proposition : le risque le plus important selon elles concernant la grossesse en général (y compris le fœtus et l'accouchement). Malgré cette différence de méthode (qui fait que nous ne pouvons comparer les pourcentages), nous pouvons voir que l'accouchement prématuré est le premier risque obstétrical cité (dans 13,9% des cas)⁽⁴⁹⁾ ce qui concorde avec nos résultats.

Nous remarquons que très peu de patientes nous ont parlé des effets sur le placenta (5,1%) ou bien de rupture des membranes (2,2%). Il est possible que ce soit des pathologies moins souvent connues par les patientes. Cela peut également être dû au fait qu'elles sont moins citées par les sources d'informations des patientes quelles qu'elles soient, y compris par les professionnels qui préfèrent citer les risques les plus importants.

Aucune patiente (quel que soit son statut tabagique) n'a cité les risques thromboemboliques liés au tabac. Nous pouvons nous poser la question de l'information retenue lors des consultations de contraception pendant lesquelles le professionnel de santé doit informer les femmes sur les risques du tabagisme lors de la prise d'une contraception oestro-progestative (information systématique après 35 ans) (recommandations de la HAS sur la prescription d'une contraception œstro-progestative)⁽⁵¹⁾. Nous remarquons que les patientes ne font pas le lien entre les risques dus au tabac hors grossesse et pendant la grossesse.

3.5.5 Connaissances des patientes sur les risques du tabac sur le fœtus

Le premier risque cité par les patientes concernant le fœtus, est le risque de malformation (23,9%) ainsi que le risque de mauvais développement d'un organe (18,8%). Le

risque de retard de croissance arrive juste après (18,1%). Il est intéressant de voir que l'effet le plus important n'est pas celui cité le plus fréquemment (le risque de RCIU est plus important et n'arrive pourtant qu'en troisième position). Dans l'étude de 2012, le premier effet fœtal cité était le risque de retard de croissance (19,8%), viennent ensuite les risques de malformation (12,8%) puis de problèmes cardiaques et neurologiques (environ 9%)⁽⁴⁹⁾. Les problèmes de mauvais développement cités étaient des problèmes cardiaques, neurologiques et pulmonaires. D'après la revue de littérature nous n'avons pas recensé de tels effets sur le fœtus. Il se peut également que les femmes aient confondu les effets sur le fœtus et sur le nouveau-né, dans ce cas là il existe un risque pulmonaire (asthme, bronchiolites...). D'après les réponses recueillies nous pouvons émettre l'hypothèse que dans les représentations des patientes, toute exposition à un toxique pose des problèmes de malformation ou de mauvais développement. De plus, le suivi des grossesses en France comprend 3 échographies à la recherche de malformations et/ou de problèmes de développement : cette idée est donc toujours dans l'esprit des femmes enceintes.

Nous tenions à mettre en lumière les trois patientes qui ont émis le fait que le fœtus pouvait « *manquer d'oxygène* » : en effet bien plus qu'un risque, l'hypoxie chronique du fœtus est le mécanisme par lequel découle les autres risques (notamment le retard de croissance). Au-delà de tous les effets du tabac que nous pouvons énumérer devant les patientes, nous devrions leur expliquer le mécanisme entraînant toutes ces conséquences. Ainsi les patientes pourraient comprendre pourquoi le tabac est délétère au fœtus et retiendraient probablement mieux les risques liés à leur comportement.

3.5.6 Connaissances des patientes sur les risques du tabac sur l'accouchement

Concernant les effets du tabac sur l'accouchement, le résultat principal à mettre en lumière est la méconnaissance des patientes : 73,9% des patientes déclarent que le tabac a des effets sur l'accouchement mais ne peuvent pas les citer. 18,1% déclarent qu'il n'y a aucun effet sur l'accouchement. Certaines patientes ont parlé de problèmes respiratoires pendant l'expulsion, certaines ont écrit le mot « *essoufflement* ». D'autres patientes ont écrit « *complications de l'accouchement* » mais sans préciser lesquelles. Nous ne pouvons donc

pas savoir si elles parlaient d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, d'extractions instrumentales ou bien de césarienne. Malgré cela nous avons vu dans la première partie que l'hypoxie chronique du fœtus pouvait entraîner toutes ces situations. Quant aux problèmes de cicatrisation, ils ne sont pas spécifiques de l'accouchement. ce n'est donc pas une mauvaise réponse, mais elle n'entre pas dans notre sujet car elle n'est pas spécifique de l'accouchement.

En analysant nos données, nous nous sommes rendus compte qu'il est possible qu'il y ait eu une mauvaise compréhension du terme « accouchement » (terme par lequel nous englobions la phase de travail et la phase d'expulsion) par les patientes interrogées.

3.5.7 Niveau de connaissance

Nous estimions que la patiente avait une connaissance incomplète lorsque elle n'avait pas cité tous les effets du tabac retrouvés dans la littérature. La connaissance a été déterminée comme nulle lorsque les propositions citées étaient incorrectes, ou bien lorsque la patiente répondait qu'elle ne les connaissait pas ou alors lorsqu'elle écrivait qu'il n'y en avait aucune. Il y a 24 patientes qui n'avaient pas répondu à ces questions, nous n'avons donc pas pu analyser leur réponses. Nous pouvons cependant émettre l'hypothèse que les patientes n'ont pas répondu car elles n'avaient pas de connaissance sur le grossesse et le tabac. Le fait d'explicitier sur les questionnaires la possibilité de répondre « je ne sais pas » avait pour but de réduire ce taux de non-réponses.

Dans l'ensemble, nous remarquons qu'il existe un meilleur niveau de connaissance sur le fœtus (60,1% des patientes ont une connaissance incomplète, 39,1% n'ont pas de connaissance sur ce sujet) que sur le plan obstétrical (39,1% ayant une connaissance incomplète, et 60,9% pas de connaissance). Les connaissances sur l'accouchement sont quasiment inexistantes : 97,8% des patientes ont une connaissance nulle, le reste des patientes a une connaissance incomplète. Nous pouvons expliquer le faible taux de connaissance des effets du tabac sur l'accouchement en partie par le fait que sur les questionnaires, les patientes ont eu du mal à différencier la grossesse et le moment précis de l'accouchement. Les réponses étant rendues par écrit, nous n'avions pas le possibilité d'explicitier cette question d'une meilleure manière.

Nous remarquons donc que quasiment aucune patiente ne possède une connaissance complète des risques connus sur l'association grossesse et tabac. S'agit-il d'un manque d'information de la part des professionnels de santé ou bien d'un biais de mémoire de la part des patientes interrogées ? Probablement une combinaison des deux. Or, le professionnel de santé a une obligation d'information claire, loyale et appropriée. Manquer à cette obligation est donc une faute de la part des professionnels. En revanche les patientes n'ont pas une obligation de connaissance complète sur le sujet.

Concernant le niveau de connaissance des patientes en fonction du statut tabagique, il n'existe pas de différence significative entre les différents groupes de patientes pour les connaissances sur le plan obstétrical et sur l'accouchement. Sur les connaissances des patientes sur le fœtus, la différence observée n'est pas significative mais le « p » est égal à 0,06 (il est donc faiblement supérieur à 0,05). Ce résultat peut être dû à un manque de puissance de l'étude : avec un effectif plus important nous aurions peut-être pu voir une différence significative ($p < 0,05$) sur les connaissances fœtales entre les différents groupes (fumeurs, ex-fumeurs et non-fumeurs).

Concernant le sous-groupe des ex-fumeuses ayant arrêté en prévision de la grossesse, Nous nous attendions à mettre en évidence une meilleure connaissance de la part des ex-fumeuses qui serait la raison de leur arrêt en prévision de la grossesse. Cela n'a pas été le cas. Cependant nous avons une population d'ex-fumeuses composée uniquement de 16 femmes (dont 12 avaient arrêté en prévision de la grossesse). C'est probablement ce trop petit effectif qui ne nous a pas permis de démontrer une différence significative.

3.6 Forces de l'étude

Cette étude menée sur 162 patientes nous a donc permis d'effectuer un état des lieux des connaissances des patientes sur la grossesse et le tabac. Notre hypothèse selon laquelle le niveau de connaissances des patientes différait en fonction du thème abordé a été validée. La connaissance des patientes est plus importante concernant le fœtus et presque inexistante sur l'accouchement. En revanche notre deuxième hypothèse n'a pas été validée. Le niveau de connaissances des patientes n'est pas significativement différent entre les patientes ayant un statut tabagique différent.

Ce sujet « tabac et grossesse » est un sujet d'actualité qui s'inscrit dans la continuité des mesures législatives et des plans nationaux de lutte contre le tabagisme. Les sociétés savantes médicales et organismes nationaux (CNGOF, HAS...) se sont également penchés sur le sujet, en effectuant des travaux permettant la rédaction de recommandations destinées aux professionnels de santé quant à la prise en charge des patients dans ce contexte, ou bien pour la prise en charge des patients lors du sevrage tabagique.

Dans la revue de littérature effectuée, nous n'avons pas trouvé d'études permettant d'avoir une idée exhaustive sur le niveau de connaissances des femmes enceintes sur le sujet grossesse et tabac. Notre étude a permis de réaliser un état des lieux sur les connaissances actuelles des patientes sur le sujet grossesse et tabac dans deux maternités. Elle met en lumière une méconnaissance des effets du tabac sur la grossesse. Seulement, les résultats de ce travail ne sont pas généralisables à la population départementale et nationale mais nous permettent de nous dire qu'une étude plus poussée avec un plus grand effectif pourrait être intéressante afin de savoir comment mieux informer les femmes enceintes.

Le questionnaire distribué aux patientes lors de notre étude a préalablement été testé, ce qui a permis de modifier les questions pouvant porter à confusion ou bien à rajouter des items lors des questions à choix multiples.

3.7 Limites et biais

La réalisation de notre étude sur deux maternités publiques des Yvelines ne nous a pas permis d'avoir un échantillon de population représentatif de la population départementale ou nationale. Les résultats ne sont donc pas généralisables à d'autres maternités.

Dans une des maternités où nous avons distribué notre questionnaire, une sage-femme (SF) tabacologue réalisait des consultations d'obstétrique mais également des consultations d'aide au sevrage tabagique au sein du lieu de consultation. Il en résulte une sensibilisation probablement plus importante des professionnels de santé travaillant à son contact ainsi que des patientes reçues en consultation. Dans l'autre maternité, une équipe de liaison en addictologie était présente mais sur un site différent de celui des consultations obstétricales.

Nous avons dû réaliser notre recueil de données entre octobre et décembre 2016. Or l'initiative « Moi(s) sans tabac » a été mise en place en novembre. Cette initiative a été relayée par les hôpitaux mais également par les médias. Cette initiative a donc pu pousser certaines patientes à s'informer sur le sujet de la grossesse et du tabac par rapport aux patientes ayant été interrogées en octobre.

Le fait de n'avoir pu discuter avec les patientes est une limite inhérente à l'étude par questionnaires. Ceci fait que sur les effets du tabac concernant le fœtus nous ne savons pas de quelles types de malformations elles veulent parler (en effet, le risque malformatif dû à la consommation de tabac porte essentiellement sur les fentes labio-palatines et les malformations des doigts). Nous n'avons également pas pu expliciter le terme « accouchement ».

Il existe dans notre étude plusieurs biais qu'il est nécessaire de citer. En premier lieu, le biais de volontariat. C'est une erreur systématique induite dans une étude lors du recrutement de volontaires pour y participer, les caractéristiques de ces personnes pouvant être différentes de celles des personnes qui décident de ne pas y participer. Ensuite nous avons identifié le biais de déclaration : les patientes interrogées ont pu donner des réponses fausses (notamment sur leur statut tabagique) ou bien avoir une mauvaise compréhension du questionnaire. Nous avons également un biais de mémoire. Dans la mesure où les patientes ont été interrogées en suites de couches, que la question du statut tabagique a été posée en début de grossesse et que les informations sur le tabac ont dû être délivrées à ce moment, les patientes peuvent donc ne pas se rappeler avoir été interrogées ou avoir reçu des informations sur le sujet. Enfin nous citons le biais de subjectivité du chercheur : lors de l'analyse des données qualitative, le chercheur peut être influencé par ses propres perceptions, il peut interpréter plus ou moins les réponses faites d'autant plus qu'aucun éclaircissement sur la réponse de la patiente n'est possible dans le cas de réponses écrites.

3.8 Implications et perspectives

La dernière enquête périnatale menée en mars 2016 a porté une attention particulière à la prévention des conduites à risque et notamment à l'information concernant la consommation de tabac durant la grossesse. Les résultats de cette étude seront publiés en mai,

nous n'y avons donc pas eu accès à temps pour la rédaction de cet écrit. Il serait intéressant de réaliser une étude à plus grande échelle, à la lumière des résultats obtenus par l'ENP 2016. En effet une étude sur la connaissance des patientes devrait aller de pair avec une étude sur l'information fournie aux patientes. Les résultats que nous avons obtenus ne peuvent pas être généralisés. Il faudrait donc réaliser une étude sur une plus grande échelle afin de pouvoir généraliser les résultats et donc d'adapter l'information aux connaissances.

Cette étude fait germer une question importante : maintenant que nous nous sommes renseignés sur les connaissances des patientes, comment et par qui est délivrée l'information ? Qu'est-ce qui a fait que les patientes fumeuses n'ont pas arrêté leur consommation en pré-conceptionnel ou pendant la grossesse ?

Nous pourrions mettre en place des entretiens avec ces femmes pour leur demander ce qui leur a manqué : réunions d'informations, plaquette d'information, orientation vers un tabacologue ?

Conclusion

Notre étude a donc permis de réaliser un état des lieux des connaissances des patientes sur la grossesse et le tabac. Nous avons mis en lumière une méconnaissance des patientes sur ce sujet et principalement sur l'influence du tabac sur l'accouchement. Nous nous sommes rendu compte qu'il n'existait pas de différence significative des connaissances des patientes sur le plan obstétrical et sur l'accouchement selon leur statut tabagique. Une différence significative des connaissances sur les effets du tabac sur le plan fœtal en fonction du statut tabagique des patientes pourrait être mise en évidence avec un effectif de population plus important. La prise en charge des patientes en vue d'une réduction de la prévalence du tabagisme pendant la grossesse passe par un dépistage et une orientation adéquate des patientes vers des professionnels de santé spécialisés pouvant les aider au mieux dans leurs démarches. Dans notre étude, seulement 7 patientes sur 25 ont été orientées vers un tabacologue.

Nous avons également vu que les professionnels de santé étaient la première source d'information sur le sujet « tabac et grossesse » auprès des patientes. Ils ont donc un rôle prépondérant à jouer dans la qualité des connaissances des patientes sur ce sujet. Il sera intéressant de relire les résultats de cette étude à la lumière des informations apportées par l'enquête nationale périnatale 2016. Il sera également utile de réaliser une autre étude à plus grande échelle afin d'obtenir des résultats généralisables à l'ensemble de la population française ce qui pourra permettre de mettre en place des moyens adaptés aux besoins de la population.

Les sages-femmes ont un rôle prépondérant à jouer dans cette lutte pour le sevrage tabagique dès le suivi gynécologique et en pré-conceptionnel. Elles ont un rôle d'information, d'orientation et d'assistance auprès des femmes (elles peuvent par exemple prescrire des substituts nicotiques non seulement aux femmes (enceintes ou non) mais aussi à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

Bibliographie

1. OMS | Syndrome de dépendance [Internet]. WHO. [cité 6 mai 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
2. Guignard R, Beck F, Wilkin J-L, Andler R, Viêt N-T, Richard J-B, et al. La consommation de tabac en France et son évolution: résultats du baromètre santé 2014 [Internet]. BEH; 2015 [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/17-18/pdf/2015_17-18_1.pdf
3. European perinatal health report: the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010 [Internet]. Europeristat; 2010 [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
4. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. juin 2012;41(4):e1- 15.
5. Kermarrec M, Blondel B. Enquête nationale périnatale: Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. [Internet]. Inserm; 2010 [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2015/01/Rapport-Naisances-ENP2010.pdf>
6. Veil. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. JORF juill 10, 1976 p. 4148- 9.
7. Evin. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. JO n°10 janv 12, 1991.
8. 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. 2006-1386. Sect. texte n°17, JORF n°265 nov 16, 2006 p. 1724.
9. Arrêté du 24 février 2015 modifiant l'arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac et insérant un pictogramme destiné aux femmes enceintes. JORF n°92 avril, 2010 p. 7323.
10. Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Code de la santé publique, JORF n°22 janv 27, 2016.



11. Programme National de Réduction du Tabagisme : Vers une France sans tabac - PNRT 2014-2019 [Internet]. [cité 4 mai 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
12. HAS. Argumentaire scientifique- Arrêt de la consommation de tabac [Internet]. [cité 4 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/argumentaire_scientifique-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
13. HAS. Haute Autorité de Santé - Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
14. Delcroix M. La grossesse et le tabac. 5^e éd. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2011. 128 p.
15. Delabaere A, Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Gallot V, Nedellec S, et al. [Epidemiology of loss pregnancy.]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 6 nov 2014;43(10):764- 75.
16. Pineles BL, Park E, Samet JM. Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. *Am J Epidemiol*. 1 avr 2014;179(7):807- 23.
17. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet Lond Engl*. 13 août 2005; 366 (9485) : 583- 91.
18. Hyland A, Piazza KM, Hovey KM, Ockene JK, Andrews CA, Rivard C, et al. Associations of lifetime active and passive smoking with spontaneous abortion, stillbirth and tubal ectopic pregnancy: a cross-sectional analysis of historical data from the Women's Health Initiative. *Tob Control*. juill 2015;24(4):328- 35.
19. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences: Placental abruption, epidemiology. *Acta Obstet Gynecol Scand*. févr 2011; 90 (2):140- 9.
20. Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand*. janv 2006;85(6):700- 5.
21. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies. *Obstet Gynecol*. avr 1999;93(4):622- 8.
22. England MC, Benjamin A, Abenhaim HA. Increased risk of preterm premature rupture of membranes at early gestational ages among maternal cigarette smokers. *Am J Perinatol*. nov 2013;30(10):821- 6.



23. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique: post-partum [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>
24. RCOG. Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf>
25. Jacobsen AF, Skjeldestad FE, Sandset PM. Ante- and postnatal risk factors of venous thrombosis: a hospital-based case-control study. *J Thromb Haemost.* juin 2008;6(6):905- 12.
26. Aliyu MH, Lynch O, Wilson RE, Alio AP, Kristensen S, Marty PJ, et al. Association between tobacco use in pregnancy and placenta-associated syndromes: a population-based study. *Arch Gynecol Obstet.* avr 2011;283(4):729- 34.
27. Mei-Dan E, Walfisch A, Weisz B, Hallak M, Brown R, Shrim A. The unborn smoker: association between smoking during pregnancy and adverse perinatal outcomes. *J Perinat Med.* sept 2015;43(5):553- 8.
28. Sentilhes L, Sénat M-V, Ancel P-Y, Azria E, Benoist G, Blanc J, et al. Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mars 2017;210:217- 24.
29. Chang HH, Larson J, Blencowe H, Spong CY, Howson CP, Cairns-Smith S, et al. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *The Lancet.* janv 2013;381(9862):223- 34.
30. Blatt K, Moore E, Chen A, Van Hook J, DeFranco EA. Association of reported trimester-specific smoking cessation with fetal growth restriction. *Obstet Gynecol.* juin 2015;125(6):1452- 9.
31. Gomez C, Berlin I, Marquis P, Delcroix M. Expired air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5 ppm is associated with decreased fetal growth. *Prev Med.* janv 2005;40(1):10- 5.
32. Delabaere A, Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Gallot V, Nedellec S, et al. Épidémiologie des pertes de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2014;43(10):764- 75.
33. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Frøen JF, Smith GC, Gibbons K, et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet.* avr 2011;377(9774):1331- 40.

34. Leonardi-Bee J, Britton J, Venn A. Secondhand Smoke and Adverse Fetal Outcomes in Nonsmoking Pregnant Women: A Meta-analysis. *PEDIATRICS*. 1 avr 2011;127(4):734- 41.
35. Xuan Z, Zhongpeng Y, Yanjun G, Jiaqi D, Yuchi Z, Bing S, et al. Maternal active smoking and risk of oral clefts: a meta-analysis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. déc 2016;122(6):680- 90.
36. Man L-X, Chang B. Maternal cigarette smoking during pregnancy increases the risk of having a child with a congenital digital anomaly. *Plast Reconstr Surg*. janv 2006;117(1):301- 8.
37. Lurie S, Ribenzaft S, Boaz M, Golan A, Sadan O. The effect of cigarette smoking during pregnancy on mode of delivery in uncomplicated term singleton pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med*. mai 2014;27(8):812- 5.
38. InVS. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête Nationale 2007-2009 [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2011/morts_nourrissons/morts_inattendues_nourrissons.pdf
39. Silvestri M, Franchi S, Pistorio A, Petecchia L, Rusconi F. Smoke exposure, wheezing, and asthma development: A systematic review and meta-analysis in unselected birth cohorts: Smoking Exposure, Wheezing, and Asthma Development. *Pediatr Pulmonol*. avr 2015;50(4):353- 62.
40. Test de Fagerström [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf
41. Institut régional du cancer. Le CO testeur [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: http://www.icm.unicancer.fr/sites/default/files/le_co_testeur.pdf
42. HAS. Conférence de consensus Grossesse et tabac. Texte des recommandations [Internet]. 2004 [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf
43. Delcroix M-H, Gomez C, Dautzenberg B, Marquis P, Dognin C. Grossesse et tabac : les leçons de trois études pour améliorer les pratiques professionnelles. *Rev Sage-Femme*. avr 2012;11(2):81- 6.
44. Delcroix M, Gomez C. Grossesse et tabac ; évaluation objective des effets du tabagisme par la mesure du monoxyde de carbone expiré : résultats de 13 330 mesures lors de l'accouchement. *Rev Sage-Femme*. 1 sept 2006;5(3):119- 24.
45. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews*

- [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001055.pub3>
46. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006936.pub3>
 47. American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking Cessation During Pregnancy [Internet]. 2011 [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.acog.org/-/media/Departments/Tobacco-Alcohol-and-Substance-Abuse/SCDP.pdf?dmc=1&ts=20160117T1001162141>
 48. Grangé G, Borgne, Ouazana, L'huillier, Valensi, Lebargy. Tabagisme des femmes enceintes : description d'un groupe exposé [Internet]. [cité 26 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/15090.pdf>
 49. Dumas A. Tabac, grossesse et allaitement: exposition, connaissance et perception des risques [Internet]. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Institut de veille sanitaire. [cité 26 avr 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2015/17-18/2015_17-18_4.html
 50. INPES - Les profils des fumeurs en France [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>
 51. HAS. Haute Autorité de Santé - Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. [cité 24 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes?xtmc=&xtcr=1

Annexes

Annexe I : Questionnaire distribué aux patientes

Sondage anonyme sur les connaissances concernant le tabac et la grossesse

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en dernière année au sein de l'université de Versailles-Saint Quentin. Dans le cadre de mon mémoire, je réalise une étude afin de savoir quelles sont vos connaissances concernant le tabac et la grossesse. Je désirerais récupérer 100 à 200 questionnaires validés pour réaliser mon étude. Cela nous permettra de vous proposer une meilleure information et prise en charge sur ce sujet.

Ce sondage est anonyme. Vous êtes bien sûr libre de répondre ou de refuser.

Je vous remercie de bien vouloir consacrer 5 minutes pour répondre à ce questionnaire.

Mathilde Teissier

I- QUELQUES INFORMATIONS DE REPERAGE

1- Dans quelle maternité avez-vous accouché ?

- Hôpital Mignot, Le Chesnay
- Hôpital de Poissy

2- Quel est votre âge ?

- <25ans
- 25-29
- 30-34
- 35 et +

3- Combien avez-vous eu de grossesses ?

(comptez les fausses couches, les interruptions de grossesse, les accouchements): _____

4- Combien avez-vous d'enfants ? _____

5- Quel est votre niveau d'études ?

- Non scolarisée, primaire, Brevet, CAP, BEP
- Baccalauréat
- Supérieur au baccalauréat

6- Quelle est votre situation professionnelle ?

- Emploi (ou congé maternité)
- Femme au foyer
- A la recherche d'un emploi

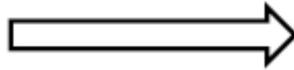
II- VOTRE STATUT TABAGIQUE

7- Quel est votre statut tabagique :

- fumeuse pendant la grossesse
- ancienne fumeuse (arrêt **avant** la découverte de la grossesse)
- non fumeuse

9- Avez-vous eu des informations concernant le tabac et la grossesse ?

- OUI
- NON



8- Avez-vous déjà été interrogée sur votre consommation de tabac lors d'une consultation prénatale ?

- OUI
- NON

10- Si **OUI**, par quel biais :

- entourage
- professionnel de santé
- plaquette d'information
- internet
- autre, précisez :

11- Quel(s) outil(s) souhaiteriez-vous avoir à votre disposition pour obtenir des informations (réponse libre) :

Si vous avez coché « fumeuse pendant la grossesse » => allez à la question 12

Si vous avez coché « ancienne fumeuse (arrêt avant la grossesse) » => allez à la question 18

Si vous avez coché « non fumeuse » => passez au thème « vos connaissances sur le tabac »

Pour les FUMEUSES :

12- Vous a-t-on proposé de rencontrer un tabacologue (sage-femme ou médecin)?

- OUI
- NON

13- Avez-vous envisagé d'arrêter de fumer ?

- NON
- OUI, mais je n'ai pas réussi
- OUI, avec succès



Si vous n'avez pas réussi

14- Avez-vous diminué votre consommation de tabac ?

- NON
- OUI, de moins de 50%
- OUI, de plus de 50%
- OUI, presque entièrement

Si vous avez réussi

15- A quelle période de la grossesse avez-vous arrêté de fumer ?

- 1^{er} trimestre (y compris à la découverte de la grossesse)
- 2^{ème} trimestre
- 3^{ème} trimestre

16- Avez-vous eu une aide à l'arrêt ?

- substituts nicotiques (patches, gommes à la nicotine, comprimés)
- cigarette électronique
- thérapie cognitivo-comportementale
- accompagnement psychologique
- autre, précisez :

17- Si vous sentez votre sevrage fragile, souhaiteriez-vous un accompagnement pour poursuivre votre démarche d'arrêt ?

- OUI
- NON

=> passez au thème « vos connaissances sur le tabac »

Pour les ANCIENNES fumeuses (arrêt avant la grossesse)

18- Votre arrêt du tabac a-t'il été motivé par un projet de grossesse ?

OUI NON



19- Si oui, envisagez-vous l'arrêt uniquement pendant la grossesse avec une possible reprise tabagique après ?

OUI NON

=> passez au thème « vos connaissances sur le tabac »

III- VOS CONNAISSANCES SUR LE TABAC

- 20- La cigarette n'a aucune incidence sur la grossesse. VRAI FAUX
 Ne sais pas
- 21- Le placenta est une barrière : il n'y a pas de passage des toxiques de la cigarette au fœtus. VRAI FAUX
 Ne sais pas
- 22- Le patch de nicotine est contre-indiqué pendant la grossesse. VRAI FAUX
 Ne sais pas
- 23- Le tabac n'a d'action que sur le fœtus, mais il n'influe pas sur le déroulement de la grossesse ou de l'accouchement VRAI FAUX
 Ne sais pas
- 24- Il vaut mieux diminuer sa consommation de cigarette et éviter le stress de l'arrêt que d'arrêter complètement sa consommation et être stressée. VRAI FAUX
 Ne sais pas

Pour les questions suivantes, merci de différencier les cas :

- où vous pensez qu'il n'y a pas d'effets (écrire « aucun »)
- où vous pensez qu'il y a des effets que vous ne connaissez pas (écrire « ne sais pas »)
- Si vous pensez qu'il y a des effets, merci de les lister

25- Connaissez-vous (s'il y en a) des effets du tabac sur le fœtus ?



26- Connaissez-vous (s'il y en a) des effets du tabac sur la grossesse?

27- Connaissez-vous (s'il y en a) des effets du tabac sur l'accouchement ?
